

**Fundação Bissaya Barreto**

**Instituto Superior Bissaya Barreto**



# **Qualidade de Vida em Equipamentos Gerontológicos**

**Célia Maria da Silva Gil**

*Dissertação apresentada para a  
obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social*

**Coimbra, Abril de 2013**

**Fundação Bissaya Barreto**

**Instituto Superior Bissaya Barreto**



## **Qualidade de Vida em Equipamentos Gerontológicos**

Célia Maria da Silva Gil

*Dissertação orientada pela  
Professora Doutora Helena Reis Amaro da Luz  
para a obtenção do grau de Mestre  
em Gerontologia Social*

Coimbra, Abril de 2013



## RESUMO

Em Portugal, à semelhança de outros países a população idosa tem vindo a crescer, devido principalmente ao aumento da esperança de vida que nos últimos anos se tem verificado. Este envelhecimento da população acarreta implicações para a qualidade de vida da população idosa, já que a longevidade pode ser acompanhada de declínio funcional, doenças crónicas, maior dependência, perda da autonomia e isolamento social. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constitui exemplo de resposta adequada para esta população, combinando os cuidados de saúde com apoio social, procura promover a capacidade funcional, autonomia e a independência da mesma, garantir níveis de bem-estar favoráveis de modo a influenciar e melhorar a qualidade de vida dos idosos. A recente implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados representa um novo contexto na qualidade de vida das pessoas idosas. Por ter sido implementada em Portugal, em 2006, são raros os estudos nesta área. Tendo presente esta realidade, desenvolvi este estudo, centrado na questão: Quais os níveis de funcionalidade e bem-estar dos idosos institucionalizados em Unidade de Cuidados Continuados Integrados? Neste sentido, este estudo teve como principais objetivos a caracterização dos aspetos sócio-demográficos, o nível de independência nas atividades de vida diária, os níveis de depressão e o nível de ânimo dos idosos. O estudo foi realizado com base na abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, que contou com colaboração de uma Unidade de Cuidados Continuados da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Participaram neste estudo 59 idosos, internados nas tipologias de Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção. Os dados qualitativos foram obtidos através do Questionário Sócio-Demográfico, da Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, da Escala Depressão Geriátrica e da Escala de Ânimo de Lawton.

A análise dos dados foi realizada com apoio do programa estatístico, SPSS versão 20.

Os resultados demonstram que predomina o grupo etário dos 65 aos 74 anos (40,8%). É uma amostra maioritariamente feminina com 74,6%. Relativamente ao estado



civil, 37,3% são viúvos. A maioria reside só (54,2%). O nível de escolaridade é baixo com 52,5%. Exerciam profissões de pouca qualificação. Auferem baixos rendimentos (76,3%).

Os resultados ao nível da funcionalidade indicam a presença de idosos dependentes nos vários grupos de atividade. Os níveis de dependência mais elevados estão associados a utentes internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção, o que está de acordo com o facto de estas unidades estarem destinadas a receber os indivíduos em situação de maior dependência.

A maioria dos idosos que fazem parte da amostra encontram-se em estados depressivos do tipo ligeiro (57,6%).

Ao nível de bem-estar dos idosos verificou-se que a dimensão solidão / insatisfação obteve a pontuação mais elevada na amostra.

Com este estudo, espero contribuir para melhorar e promover uma conceptualização da qualidade de vida dos idosos internados em Unidades de Cuidados Continuados e estimular novos estudos para avançar e aprimorar as bases conceptuais aqui desenvolvidas.

**palavras-chave:** Envelhecimento, dependência, cuidados, qualidade de vida.



## ABSTRACT

In Portugal, as in other countries old population has been growing mainly because of the growth of life hopping that in the last years we have assisted. This aging of the population brings implications to the quality of old people`s lives, since the longer the life the more the functional decay, it brings chronic diseases, loss of dependency and a social isolation too. A national web or net of continual care is a possible and adequated answer to this problem. The health care can be combined with a social support. This can promote a functional capacity, autonomy and independency to guarantee favorable well being, and in order to influence and improve the quality of old people`s lives. A recent implementation of the National net/web of continual integrated care represents a new context in the quality of old people`s lives. As it was only introduced in Portugal in 2006, there are few studies in this area. This was why I evolved this study pointing out the question: What are the levels of the functionality and well being of old people in institutionalized Units of integrated continual care? This way, this study had, as main goals the characterization of social demographic aspects, the independence level in daily life, the depressive levels and the level of of vigour in old people. The essay was made in a base of descriptive-exploratory which had the help of a Continual Care Unit from the area of Lisbon, Tejo`s Valley (Vale do Tejo).

In this study 59 old people had participated as internal in the types of Convalescence, Medium duration and Rehabilitation and Long Duration and Maintenance. The qualitative data was obtained through a Social-Demographic Questionary, from the schedule of Geriatric Depression and from the schedule of vigour of Lawton.

The analysis of data was made with the statistic program, SPSS version 20. The results demonstrate that the main age group is between the 65 to the 74 years (40,8%). It is a sample majority female with 74,6%. In relation to the civil state 37,3% are widows. The majority lives is alone (54,2%). The scholar level is law with 52.5%. They had lower qualification professions and they have lower incomes (76,3%).

The results in terms of functionality indicate the presence of old people dependent in the several activity groups. The most elevate dependency levels are associated to



internals in Long Duration and Maintenance Units, which is in support to the fact that these kind of units are supposed to receive individuals with a great dependency level.

The great majority of old people which are part of the sample studied are in a depressive light level (57,6%).

In terms of the well being of old people, it is set that the loneliness/insatisfaction had the most elevated punctuation of the sample.

With this study, I hope to contribute to improve and promote a concept of quality of life of internal old people in continual Care Units and stimulate new studies to continue and get better the conceptual basis evolved in this study.

**Key-words:** Aging, dependence, nursing, quality of life.



## Índice

<b>Introdução</b>	<b>12</b>
-------------------	-----------

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### ***Capítulo I - O Envelhecimento***

1. Processos de Envelhecimento	17
1.1 Alterações Fisiológicas / Biológicas	17
1.2 Alterações Psicológicas	19
1.3 Alterações Sociais	22
2. Envelhecimento Demográfico em Portugal	25
3. Políticas Sociais de Cuidados aos Idosos	30
3.1 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	33

### ***Capítulo II – Autonomia e Dependência***

1. Qualidade de Vida no Idoso	36
2. Funcionalidade dos idosos	38
3. Dependência	42

### ***Capítulo III – Os Cuidados Continuados como Resposta à Dependência da Pessoa Idosa***

1. Conceito de Cuidados Continuados Integrados	46
2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	47
2.1 Objetivos / Princípios dos Cuidados na RNCCI	48
2.2 Tipologias de Respostas da RNCCI	50
3. Cuidados Continuados Desafios	52



## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

### ***Capítulo I - Metodologia***

1. Âmbito do Estudo e Delimitação da Questão de Partida	57
1.2 Objetivos do estudo	58
2. Amostra	59
3. Desenho da Investigação	59
4. Instrumentos Metodológicos	60
4.1 Questionário Sócio – Demográfico	60
4.2 Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody	60
4.3 Escala Depressão Geriátrica	61
4.4 Escala de Ânimo de Lawton	61
5. Tratamento dos Dados	62

### ***Capítulo II – Apresentação dos Resultados***

1. Apresentação dos Resultados	63
1.1 Resultados obtidos através da aplicação do Questionário Sócio-demográfico	63
1.2 Resultados obtidos através da aplicação da Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody	69
1.3 Resultados obtidos através da aplicação da Escala Depressão Geriátrica	80
1.4 Resultados obtidos através da aplicação da Escala de Ânimo de Lawton	81

### ***Capítulo III - Discussão dos Resultados***

<b>Discussão dos Resultados</b>	83
---------------------------------	----

<b>Conclusão</b>	93
------------------	----

<b>Bibliografia</b>	95
---------------------	----

<b>Anexos</b>	101
---------------	-----





## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologias de respostas previstas para a RNCCI	50
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura da população residente por sexo e grupo etário	26
Tabela 2 - Esperança média de vida	27
Tabela 3 - Índices demográficos relativos à estrutura etária	28
Tabela 4 - Despesas de prestações sociais, por grupo de funções em percentagem do PIBpm a preços correntes por grupo de funções	28
Tabela 5 - Desenho da Investigação	59
Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos por Idade	63
Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos por Género	64
Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos por Nível de Escolaridade	64
Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos por Estado Civil	65
Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos por Rendimentos	65
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos em função da Coabitação	66
Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos por Profissão	66
Tabela 13 - Distribuição dos inquiridos por Concelho	68
Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos por Distrito	68
Tabela 15 - Cuidados Pessoais	70
Tabela 16 - Cuidados Domésticos	72
Tabela 17 - Trabalho, Recreação/Lazer	74
Tabela 18 - Compras e Gestão do Dinheiro	75
Tabela 19 – Locomoção	76
Tabela 20 – Comunicação	78
Tabela 21 - Relações Sociais	79
Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos pelos Níveis de Depressão	81
Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos pelo Nível de Ânimo	82



## ÍNDICE DE SIGLAS

AVD - Atividades da Vida Diária  
AIVD - Atividades Instrumentais de vida diária  
ADN - Ácido Desoxirribonucleico  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
CCI - Cuidados Continuados Integrados  
CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade  
DL - Decreto-lei  
DGS - Direção Geral de Saúde  
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
EDG - Escala de Depressão Geriátrica  
FORHUM - Formação de Recursos Humanos  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
INE - Instituto Nacional Estatística  
LNES - Linha Nacional de Emergência Social  
LDM - Longa Duração e Manutenção  
LTC - Long Term Care  
MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social  
MDR - Média Duração e Reabilitação  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
PARES - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais  
PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos  
PIB - Produto Interno Bruto  
PNSPI - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PEG - Sonda de Gastrostomia Endoscópica Percutânea  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
SAD - Serviço de Apoio Domiciliário  
STA - Serviço Tela Alarme  
SNG - Sonda Nasogástrica



UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UE - União Europeia



## **Introdução**

O presente trabalho foi elaborado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior Bissaya Barreto. A Dissertação assenta na temática Qualidade de Vida em Equipamentos Gerontológicos.

As alterações demográficas mostram um aumento progressivo da população idosa, devido principalmente ao aumento da esperança de vida que nos últimos anos se tem verificado. Também a redução das taxas de mortalidade infantil, a melhoria das condições de vida e os avanços da medicina nas últimas décadas, são fatores que têm contribuído para este aumento. Este envelhecimento da população acarreta implicações sociais, económicas e políticas, a uma sociedade em constante mudança e desenvolvimento, como aquela em que hoje se vive (Coimbra & Brito, 1999). Dentro destas implicações as que referem à qualidade de vida da população idosa, já que a longevidade pode ser acompanhada de declínio funcional, doenças crónicas, maior dependência, perda da autonomia e isolamento social.

Paúl (1992, cit. por Coimbra & Brito, 1999) reforça a ideia de que o aumento do tempo de vida que se tem vindo a verificar nem sempre é acompanhado“ (...) por um aumento da qualidade de vida, antes pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o envelhecimento, quer do ponto de vista sócio-económico, quer psicológico”(p.29).

Socialmente verifica-se reduzida existência de estruturas de apoio e dificuldades cada vez maiores das famílias nucleares para desempenharem a sua função de cuidar dos “seus idosos”. Estas estruturas familiares, conforme refere Seabra (1995, cit. por Coimbra & Brito, 1999), levam ao “aumento dos idosos sem suporte familiar, com repercussões afetivas e sociais para os próprios, bem como para a comunidade”(p.29).

Economicamente, este aumento do número de idosos, pelo facto de requerer mais cuidados de saúde e recursos (quer na prevenção, quer no tratamento e reabilitação), traduz-se numa sobrecarga para a economia nacional, obrigando deste modo ao desenvolvimento de políticas concertadas, capazes de dar resposta às necessidades pessoais e sociais deste grupo populacional. Ainda o facto de grande parte dos idosos terem fracos recursos económicos, com reformas limitadas, baixos níveis de instrução, deficientes condições habitacionais, deficientes apoios familiares, desfasamentos de recursos,



comportamentos e estilos de vida incorretos e estados precários de saúde, constituem-se alguns dos fatores facilitadores para o aparecimento de grupos desfavorecidos e vulneráveis (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 1995, in Coimbra & Brito, 1999).

Assim, o rápido aumento da população idosa a que se assiste atualmente induz, de facto, uma importância acrescida à problemática do envelhecimento. Dependendo de todo um conjunto de fatores e condicionantes de vida e da maior ou menor influência por eles exercida, é conhecida a sua repercussão na qualidade de vida dos idosos, conforme reconhecem Perista, Freitas e Perista (1996, cit. por Coimbra & Brito, 1999), ao referirem que, “o envelhecimento demográfico tem acentuado inúmeras fragilidades sociais que se repercutem de forma gravosa na qualidade de vida das pessoas idosas, em especial nos mais idosos, nos mais dependentes, nos mais carenciados economicamente e nas mulheres” (p.32).

Desta forma, emergem novas necessidades que exigem a existência de estruturas preparadas para uma população cada vez mais envelhecida, e com níveis de dependência elevados. Torna-se imperativo a criação de estratégias que consigam garantir à população maiores níveis de autonomia e de qualidade de vida até mais tarde.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) possibilitou colmatar uma lacuna em Portugal, no âmbito da saúde e apoio social, ao promover a abertura organizacional para novos modelos de cuidados. Esta rede pretende facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados, que contribua para a resposta integrada às pessoas em situação de dependência temporária ou prolongada. Assim, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Neste Decreto-Lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais” (art.º 2). Este novo modelo organizacional tem como principal objetivo, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (art.º 4).



A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surge como abordagem centrada no cuidar e reabilitar, que visa promover a autonomia das pessoas idosas, diminuir a sua tendência para a dependência e reabilitar as capacidades funcionais que têm (DL n.º101/2006).

A Rede é, no horizonte temporal das políticas de saúde e apoio social existentes no país, uma das mais relevantes e imperiosas para responder às atuais e futuras necessidades em cuidados da população portuguesa, em especial, das pessoas idosas.

Partindo desta perspetiva desenvolvemos o presente estudo, centrado na questão - Quais os níveis de funcionalidade e bem-estar dos idosos institucionalizados em Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)?

Para o desenvolvimento deste estudo traçamos os seguintes objetivos: Caracterizar sócio-demograficamente a pessoa idosa ao nível da idade, género, estado civil, nível de escolaridade, profissão, rendimentos, a coabitação, e área geográfica de residência; Avaliar a funcionalidade dos idosos considerando as seguintes dimensões: cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho, recreação/lazer, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação, relações sociais; Diferenciar os idosos institucionalizados quanto ao seu grau de depressão; Identificar o nível de bem-estar nos idosos nas dimensões solidão/insatisfação, atitudes face ao próprio envelhecimento e agitação.

O estudo foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados em Mafra, distrito de Lisboa, nas tipologias de Convalescença, Média Duração e Reabilitação (MDR) e Longa Duração e Manutenção (LDM). É uma unidade que visa a reabilitação de pessoas que devido a situações patológicas se encontram com perda de autonomia transitória ou permanente.

O estudo foi realizado com base na abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo.

Participaram neste estudo 59 idosos, internados nas tipologias Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção. Os dados qualitativos foram obtidos através do Questionário Sócio-Demográfico, da Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, da Escala Depressão Geriátrica e da Escala de Ânimo de Lawton.

O processo de recolha dos dados decorreu durante o mês de Julho de 2012.

Este estudo está dividido em duas partes fundamentais, cada uma contendo diversos capítulos. A primeira parte visa enquadramento teórico, dedicando um primeiro capítulo ao



envelhecimento, onde aborda-mos os processos de envelhecimento os aspetos demográficos e as políticas de cuidados aos idosos. Num segundo capítulo aborda-mos a qualidade de vida no idoso, funcionalidade e a dependência. Encerramos a primeira parte com o terceiro capítulo dedicado à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A segunda parte encontra-se dividida em três capítulos que visam conceptualizar o estudo empírico. O primeiro capítulo centra-se na metodologia adotada, justificando a nossa opção pelo tipo de estudo, assim como as estratégias de recolha e tratamento dos dados. O segundo e terceiro capítulos constam da apresentação, interpretação e discussão dos resultados obtidos. Por fim, apresentamos algumas reflexões finais, em que tentamos realizar uma sùmula das ideias deste estudo.

Ao desenvolver este estudo, procuro alertar para a necessidade de fomentar a atividade de investigação e a realização de estudos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta necessidade deve-se ao facto de os estudos nesta área serem praticamente inexistentes. O desenvolvimento de estudos neste âmbito é vital para o avanço, melhoria e sucesso da Rede.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





## ***Capítulo I - O Envelhecimento***

### **1. Processos de Envelhecimento**

O processo de envelhecimento, apesar de ser uma fase da vida que acontece naturalmente a todos os seres humanos, caracteriza-se por mudanças ao nível físico, psicológico e social.

#### **1.1 Alterações Fisiológicas / Biológicas**

O envelhecimento é um fenómeno fisiológico progressivo e inerente a todo ser humano. Traduz um conjunto de processos que ocorrem no organismo e que com o passar do tempo levam a uma perda da adaptabilidade e a danos funcionais. Neste sentido, o envelhecimento está associado a inúmeras alterações físicas, sociais e psicológicas evidentes que se repercutem na funcionalidade, saúde e qualidade de vida do sujeito.

Importa ressaltar que a idade biológica/funcional não acompanha necessariamente a idade cronológica já que apresenta uma considerável variação individual. (Ermida, et al.,1999) Apesar do declínio acelerado da capacidade funcional se observar, em média a partir dos 70 anos, o facto é que o processo de envelhecimento começa efetivamente mais cedo. Apesar de cada um envelhecer de maneiras diferentes, todos começam a envelhecer a partir da concepção, assim, o envelhecimento é uma extensão lógica dos processos de crescimento e desenvolvimento, que tem início com o nascimento e término com a morte. (Rosa, 2012)

Existem dois tipos de envelhecimento, o primário (normal ou senescência) e o secundário (ou patológico). O primário representa as mudanças provocadas pela idade, não contabilizando a influência das doenças e fatores ambientais. Para Netto (2002), o envelhecimento primário é geneticamente determinado ou pré-programado, sendo presente em todas as pessoas (universal).

O secundário refere-se à aceleração do processo de envelhecimento como resultado da influência de doenças e de fatores ambientais. Para Birren e Schroots (1996), o



envelhecimento secundário ou patológico, refere-se a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento.

O processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva das capacidades de manutenção de equilíbrio homeostático que em condições normais, não será suficiente para produzir distúrbios funcionais.

Mailloux-Poirier (1995) avança com a seguinte definição de envelhecimento biológico: “é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética” (p.99).

Por outro lado, Netto e Borgonovi (2002) definem como “ (...) processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte” (p.44).

Para Pikunas (1979), no envelhecimento biológico todos os sistemas do corpo se deterioram tanto na eficiência estrutural quanto na funcional. As mudanças estruturais dão-se sobretudo a nível metabólico, celular e na distribuição dos componentes corporais. Podem assim produzir alterações no funcionamento bem como na aparência corporal.

O envelhecimento biológico reúne um grande número de efeitos nos diferentes sistemas do organismo. A nível cardiovascular observam-se aumentos de colagénio, maior deposição de gorduras e de substâncias amilóides do ATP disponível o que se reflete no maior desenvolvimento de doenças crónicas e na menor funcionalidade aeróbia. A nível endócrino nota-se uma redução na produção hormonal e na capacidade de resposta ao stress do calor e do frio. No músculo-esquelético há perda de massa, força e potencia muscular. No sistema nervoso ocorre diminuição do número e do tamanho dos neurónios, do tempo de reação e da velocidade de reação. A nível do sistema respiratório nota-se uma diminuição da capacidade vital e menor mobilidade da parede torácica, este sistema sofre grandes perdas funcionais e fisiológicas condicionadas pela idade. No sistema renal existe uma redução do tamanho e do peso dos rins e uma diminuição do nível de habilidade funcional, que se reflete na perda de agilidade, coordenação, força, equilíbrio, resistência, flexibilidade e mobilidade articular. (Sales & Cordeiro, 2012)



Os efeitos do envelhecimento acima referidos podem levar à ocorrência de patologias que são comuns nos idosos, como as cardiovasculares (doenças artério coronárias e hipertensão), as endócrinas (diabetes tipo II, obesidade e osteoporose), o musculo - esqueléticas (artrose, artrite reumatoide e dores lombares), as neurológicas (Parkinson e Alzheimer), as respiratórias (doenças pulmonar obstrutiva crônica, onde se incluem a asma, a bronquite crônica e o enfisema) e as renais.

Podemos constatar, em muitos casos que a diminuição das capacidades físicas e sensoriais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas.

## **1.2 Alterações Psicológicas**

A nível psicológico o envelhecimento traz ao idoso novas visões sobre a sua vida, acima de tudo porque as circunstâncias do dia-a-dia se modificam com o surgimento de novos papéis e novos problemas a enfrentar. Estas modificações podem revelar sérias dificuldades de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do individuo e as exigências do ambiente.

O envelhecimento psicológico é entendido como um processo complexo, diferente de um sujeito para outro, caracterizado por ganhos e perdas.

Para Zimerman (2000), o ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas com o envelhecimento, as quais resultam da dificuldade de adaptação a novos papéis sociais, falta de motivação, baixa-estima, auto-imagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, hipocondria, paranóia, suicídios e depressão.

Nas pessoas idosas os distúrbios psíquicos de maior incidência são os síndromas depressivos, alterações cognitivos e demenciais.

O quadro clínico da depressão é relativamente comum entre os idosos. São muitas as perdas e muitas as mudanças na vida destas pessoas. Segundo Ballone (2002, cit. por Martins, 2008) do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas, como seja a diminuição do apoio sócio-familiar, a perda do status ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por gerar síndromes depressivos.



Os sintomas de depressão na velhice apresentam características distintas de acordo com as especificidades da idade e expectativa de vida, podendo aparecer em situações de luto, de mudanças adaptativas, de auto-estima, pessimismo, falta de interesse, lentificação motora, isolamento e diminuição da expectativa e da construção de objetivos e sonhos. (Aguiar & Dunningham, 1993; Brink, 1983; Busse & Blazer, 1992; Léger, Tessier & Mouty, 1994 cit. por Pasqualotti, Barone & Doll, 2008)

No estudo exploratório Prevalência da Depressão numa População Institucionalizada (Santos, Sobral, Costa & Ribeiro, 2001, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), os resultados obtidos confirmam a prevalência da depressão na população idosa, quer a institucionalizada com 54,6%, quer aquela que reside na comunidade com 62,9%. (p. 159)

Estudos realizados na comunidade europeia (EURODEP Study) permitem estimar que aproximadamente oito milhões de cidadãos, com idade igual e superior a 65 anos, sofrem de formas potencialmente tratáveis de depressão (Copeland, 1999, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.158) A depressão, pelo significado, gravidade e danos que acarreta, em muitos estudos é apontada como um problema de saúde pública. (Silveira, 2001 cit. por Guimarães, Mazo, Simas, Salin, Schwertner & Soares, 2006)

O processo de envelhecimento está também associado a uma série de alterações cerebrais que conduzem mudanças cognitivas, nomeadamente no que respeita ao funcionamento da memória.

As alterações cognitivas que surgem com o avançar da idade estão relacionadas essencialmente com o declínio de três recursos fundamentais do processo cognitivo: a velocidade a que a informação pode ser processada, a memória a curto prazo e as capacidades sensoriais e preceptivas. (Spar & La Rue, 2005)

Em relação ao primeiro aspeto, a diminuição da velocidade de processamento da informação e da resposta pode afetar a atenção, a memória e a capacidade de tomada de decisões. O envelhecimento está também associado a um declínio das aptidões da memória a curto prazo, especialmente quando é necessária a manipulação ativa da informação. A memória a curto prazo está relacionada com a retenção da informação num curto espaço de tempo. Por sua vez, as diminuições nesta componente provocam igualmente limites em outras aptidões cognitivas complexas, como o raciocínio e a aprendizagem.

Para além disso, a maior parte das pessoas em idade avançada apresenta decréscimos na acuidade visual e auditiva, bem como outras alterações perceptuais. Os



défices sensoriais de natureza auditiva e visual parecem ser causas importantes de declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais.

No estudo conduzido por Hanninen et al., (1996) com o objetivo de avaliar a prevalência de declínio cognitivo associado ao envelhecimento numa amostra de 403 idosos, mostrou que 26,6% dos idosos preencheram critérios para declínio cognitivo associado ao envelhecimento.

Spar e La Rue (2005) mencionam a existência de algumas variáveis que influenciam o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade. Na literatura são mais frequentemente citadas: a) os fatores genéticos que explicam cerca de 50% da variabilidade cognitiva na chamada terceira idade; b) a saúde, uma vez que as pessoas saudáveis apresentam menos alterações cognitivas; c) o nível de instrução, pois é sabido que um nível de instrução mais elevado funciona como um fator protetor das funções cognitivas; d) a atividade mental, visto que as atividades mentalmente estimulantes apresentam uma correlação com melhor desempenho cognitivo; e) a atividade física, pois a boa forma aeróbica está relacionada com uma melhor preservação das aptidões cognitivas; e f) a personalidade e o humor podem também influenciar positiva ou negativamente áreas como a memória ou a atenção.

Estudos têm demonstrado que indivíduos portadores de prejuízo cognitivo leve apresentam maior risco de evoluir para demência.

A diminuição da memória é provavelmente uma das alterações cognitivas mais prevalente nos indivíduos idosos. Sobretudo, essa capacidade de reserva ou plasticidade cognitiva é menor quanto maior a idade e encontra-se marcadamente comprometida nos processos neurodegenerativos. Por isso, o declínio cognitivo pode apontar para um estágio inicial de um quadro de demência, como exemplo, a doença de Alzheimer.

Segundo a OMS, a demência define-se como “uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as atividades da vida diária, que dura por um período mínimo de seis meses e está associado à perturbação de pelo menos uma das funções seguintes: linguagem, cálculo, julgamento, alteração do pensamento abstrato, praxia, gnosia ou modificação da personalidade” (Fontaine, 2000, p. 164).

As demências podem ser agrupadas nas seguintes categorias: demência de tipo Alzheimer, que é a mais comum; demência vascular, que é a segunda mais frequente; deficiências do sistema imunológico (infecção pelo HIV); traumatismo craniano; a doença de Parkinson, Huntington e de Creutzfeld-Jacob. (Sales & Cordeiro, 2012, p.42)



As demências são uma das perturbações de saúde mais habituais decorrentes do processo de envelhecimento, parece-nos importante destacar que, embora se tratem maioritariamente de doenças do foro neurológico, elas acarretam uma série de consequências psicológicas e sociais. Tal deve-se ao facto gerarem um quadro de diminuição progressiva da função cognitiva, isto é, perda da memória, da capacidade de abstração e juízo, com consequências de alteração da personalidade e da estrutura psicológica. As consequências sociais são maioritariamente advindas das incapacidades para as AVD's geradas por estas doenças, e por outro lado pelas repercussões sócio - familiares que gera. (Sales & Cordeiro, 2012, p.41)

A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demências nas pessoas idosas. Trata-se de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, é evolutiva, incurável e mortal no atual estado das investigações, uma vez que está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos evidentes progressos farmacológicos. Caracteriza-se por graves perturbações da memória, da linguagem, da orientação e das faculdades intelectuais como um todo, e atinge predominantemente pessoas muito idosas, embora também possa aparecer por volta da quinta década de vida. (Sales & Cordeiro, 2012, p.42)

Cerca de 6% a 8% das pessoas com mais de 65 anos sofrem de doença de Alzheimer e a sua prevalência duplica de cinco em cinco anos, após 60 anos, atingindo cerca de 39% das pessoas com mais de 90 anos. Assim, as demências tornar-se-ão um problema de saúde pública da maior importância. (Sequeira, 2010, p. 90)

Assim, nesta fase da vida, são observadas perdas diversas, abarcando não só o declínio das capacidades biológicas e psicológicas do idoso, como também a perda, ou a mudança, de papéis sociais.

### **1.3 Alterações Sociais**

O envelhecimento social está intimamente relacionado com a diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade.

As funções sociais do Homem tendem a diminuir com o envelhecer. Essa redução ocorre por imposição da sociedade ou por opção própria.

Para Sequeira (2007), “ os idosos, nesta fase do ciclo de vida, são alvo de alterações de forma substancial ao nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e



ocupacional, verificando-se uma tendência para a diminuição de forma progressiva, de acordo com a idade” (p. 53).

Segundo Fernández-Ballesteros e Izal (1993) uns dos acontecimentos mais marcantes, nesta fase do ciclo de vida, é a extinção da atividade laboral, que leva a uma certa inatividade. O tempo que antes era investido na atividade profissional pode ser encarado negativamente pelo idoso, já que suas rotinas estão alteradas.

Segundo Fernandes (1997), “ atual organização económica das sociedades modernas tem contribuído para tornar obsoleto o trabalho dos mais velhos que são precocemente atirados para uma inatividade pensionada. Vive-se durante mais tempo, com mais saúde e vitalidade e fica-se reformado mais cedo” (p.3).

A emergência da velhice, enquanto problema social, está fortemente relacionada com a institucionalização das reformas, mas também com as alterações ao nível da estrutura das relações familiares nas sociedades ocidentais que contribuíram para que se agravasse o problema social da velhice.

A velhice, como categoria social, ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixa (65 anos), cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma.

Para Fernandes (1997), “a institucionalização dos sistemas de reformas é o primeiro passo para a autonomia económica dos mais velhos e a emergência da velhice enquanto categoria social. A velhice pensionada é uma situação nova nas sociedades desenvolvidas, e envolve alterações e inovações nos modos de vida das gerações mais velhas” (p.2).

Também existe a crença que a partir da reforma do indivíduo inicia-se a velhice, e que tal corresponde a uma perda, declínio e deterioração das capacidades funcionais. O que não corresponde à realidade, a reforma marca a perda de papéis sociais ativos, mas não a deterioração mental. (Figueiredo, 2007)

Szinovacz (2001,cit. por Paúl & Fonseca, 2005), sustenta que “apesar de ser um fenómeno recente, reformar-se constitui hoje um aspeto estrutural do curso de vida humana nas sociedades industrializadas, consistindo num acontecimento que se traduz essencialmente pelo abandono da atividade profissional, pelo direito a receber uma pensão e, acima de tudo, pela identificação de um novo papel, o de reformado” (p.47).

Partindo do pressuposto que o momento da passagem à reforma, é uma (re) adaptação a uma nova realidade, esta pode ser encarada sob duas perspetivas, negativa e positiva.



Segundo Paúl e Fonseca (2005), “a verificação de um estado de espírito negativo associado à condição de reformada só se compreende, pois, na medida em que estamos perante uma situação que envolve diversas mudanças em simultâneo, nem sempre ou até mesmo dificilmente conciliáveis entre si. Mesmo quando as mudanças trazem benefícios, também implicam perdas (ligação a lugares familiares, a pessoas, a hábitos, a rotinas) pelo que o aparecimento de sentimentos ora de frustração, ora de tristeza, ora de neura, torna-se efetivamente uma possibilidade real” (p.48).

O envelhecimento social da população traz uma modificação no status do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de uma crise de identidade provocada pelas mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade o que levará a uma perda do poder económico, do poder de decisão e diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, o que poderá ter repercussões negativas na saúde e no bem-estar do idoso.

Como já referido, outros acontecimentos marcantes nesta fase são: as perdas, o afastamento dos familiares, com a saída dos filhos de casa, os pais enfrentam um novo desafio, entrando numa nova fase do ciclo vital, a família pós-parental (Figueiredo, 2007); perda de pessoas queridas (provocando sentimentos de solidão) e desânimo. Tal poderá conduzir ao aparecimento de perturbações comportamentais reativas que têm uma maior incidência nesta idade, como por exemplo, a depressão.

De um modo geral, com o passar da idade as relações sociais e a troca de apoio social diminuem. Deste modo, o sentimento de solidão surge associado à diminuição das redes sociais. É um conceito que se encontra fortemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). As próprias transformações económicas, sociais e familiares em conjunto com as mudanças e/ou perdas de competências intelectuais e funcionais, têm repercussões na auto-estima, no bem-estar e na qualidade de vida (Parente et al., 2006 cit. por Santos, 2008).

Segundo Fonseca (2005) “para a maioria das pessoas, a «passagem à reforma» não assinala apenas o fim da atividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.), ou um momento de sofrimento e perda (de objetivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira...)” (p.47).





Encarando a reforma numa perspetiva positiva, Taylor-Carter e Cook (1995 cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.47), consideram tratar-se de um período propício para o estabelecimento de relações mais próximas com os outros, assim como à realização de atividades que propiciem bem-estar, pelo que se trata de um tempo em que o futuro é encarado com otimismo e entusiasmo (...). Nesta linha de raciocínio, consideramos que as pessoas tentem adaptar-se à sua nova realidade, a de aposentado, procurando atingir novos objetivos que sejam gratificantes, e dando lugar a um tempo que pode ser aproveitado em proveito próprio, no descanso, no convívio e auxílio aos outros.

## **2. Envelhecimento Demográfico em Portugal**

O aumento da população idosa é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos, à escala global, sobretudo a partir da segunda metade do século XX que as sociedades, principalmente as europeias, começam a confrontar-se com envelhecimento demográfico.

Os países onde a população idosa tem maior peso percentual são europeus. Tal facto confirma que estamos em presença de um fenómeno típico dos países do hemisfério norte, onde a população idosa em geral é tendencialmente mais saudável, beneficiando de um bem-estar social crescente.

Verifica-se um peso cada vez maior dos idosos na população, gerando-se um desequilíbrio com implicações profundas. O aumento da proporção de idosos, consegue-se em detrimento da percentagem da população jovem, e/ou da população em idade ativa, deve-se à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para outro caracterizado por baixa fecundidade e mortalidade. Como resultado, verifica-se o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução dos jovens e o alargamento do topo derivado da redução da fecundidade particularmente sentida nos anos 90 e do acréscimo da esperança de vida. (Soares & Fialho, 2011)

A Tabela 1 retrata envelhecimento da população portuguesa no período 2004 a 2010. Considerando-se uma desagregação da população idosa, por grupos etários, para os anos de 2004 e de 2010, constata-se que o número de idosos de 65 e mais anos, apresenta aumentos significativos ao longo do período em análise, os grandes idosos (mais de 80



anos) na estrutura populacional, tem vindo a aumentar de forma significativa, passando de 1,5% em 2004, para 1,9% em 2010.

O abrandamento do crescimento populacional no nosso país mantém-se, assim, como a tendência de envelhecimento demográfico (como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade). Segundo o INE, a população residente em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 (Tabela 1) era composta por 15,1 % de jovens (com menos de 15 anos de idade), 18,2 % de idosos (65 e mais anos de idade) e 66,7% de população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade).

O envelhecimento populacional é mais acentuado nas mulheres, refletindo 20,5% em 2010 da população residente, em detrimento dos homens idosos com 15,7%.

**Tabela 1 – Estrutura da população residente por sexo e grupo etário**

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	10 <sup>3</sup>	%	10 <sup>3</sup>	%	10 <sup>3</sup>	%	10 <sup>3</sup>	%	10 <sup>3</sup>	%	10 <sup>3</sup>	%	10 <sup>3</sup>	%
<b>Total</b>	<b>10 529,3</b>	<b>100,0</b>	<b>10 569,6</b>	<b>100,0</b>	<b>10 599,1</b>	<b>100,0</b>	<b>10 617,6</b>	<b>100,0</b>	<b>10 627,3</b>	<b>100,0</b>	<b>10 637,7</b>	<b>100,0</b>	<b>10 637,0</b>	<b>100,0</b>
0-14 anos	1 647,4	15,6	1 644,2	15,6	1 637,6	15,5	1 628,9	15,3	1 623,0	15,3	1 616,6	15,2	1 607,7	15,1
15-64 anos	7 091,3	67,3	7 115,3	67,3	7 132,8	67,3	7 138,9	67,2	7 130,1	67,1	7 119,9	66,9	7 097,8	66,7
65 e + anos	1 790,5	17,0	1 810,1	17,1	1 828,6	17,3	1 849,8	17,4	1 874,2	17,6	1 901,2	17,9	1 931,5	18,2
65-74 anos	1 018,6	9,7	1 016,3	9,6	1 008,2	9,5	1 004,2	9,5	1 005,5	9,5	1 010,5	9,5	1 015,4	9,5
75 e + anos	771,9	7,3	793,8	7,5	820,4	7,7	845,7	8,0	868,7	8,2	890,6	8,4	916,0	8,6
85 e + anos	155,4	1,5	162,9	1,5	171,7	1,6	178,7	1,7	186,5	1,8	195,8	1,8	204,6	1,9
<b>Homens</b>	<b>5 094,3</b>	<b>100,0</b>	<b>5 115,7</b>	<b>100,0</b>	<b>5 129,9</b>	<b>100,0</b>	<b>5 138,8</b>	<b>100,0</b>	<b>5 142,6</b>	<b>100,0</b>	<b>5 148,2</b>	<b>100,0</b>	<b>5 146,6</b>	<b>100,0</b>
0-14 anos	844,6	16,6	843,6	16,5	840,0	16,4	835,5	16,3	832,5	16,2	828,7	16,1	823,3	16,0
15-64 anos	3 500,8	68,7	3 515,1	68,7	3 526,2	68,7	3 530,9	68,7	3 527,6	68,6	3 526,1	68,5	3 517,6	68,3
65 e + anos	748,9	14,7	757,0	14,8	763,8	14,9	772,4	15,0	782,5	15,2	793,4	15,4	805,7	15,7
65-74 anos	455,1	8,9	454,7	8,9	450,7	8,8	449,2	8,7	450,5	8,8	452,8	8,8	454,9	8,8
75 e + anos	293,8	5,8	302,3	5,9	313,0	6,1	323,2	6,3	332,0	6,5	340,7	6,6	350,9	6,8
85 e + anos	50,0	1,0	52,6	1,0	56,0	1,1	58,5	1,1	61,3	1,2	64,7	1,3	67,1	1,3
<b>Mulheres</b>	<b>5 434,9</b>	<b>100,0</b>	<b>5 453,9</b>	<b>100,0</b>	<b>5 469,2</b>	<b>100,0</b>	<b>5 478,8</b>	<b>100,0</b>	<b>5 484,7</b>	<b>100,0</b>	<b>5 489,5</b>	<b>100,0</b>	<b>5 490,3</b>	<b>100,0</b>
0-14 anos	802,8	14,8	800,6	14,7	797,6	14,6	793,4	14,5	790,5	14,4	787,9	14,4	784,4	14,3
15-64 anos	3 590,5	66,1	3 600,1	66,0	3 606,7	65,9	3 608,0	65,9	3 602,5	65,7	3 593,9	65,5	3 580,2	65,2
65 e + anos	1 041,6	19,2	1 053,1	19,3	1 064,9	19,5	1 077,4	19,7	1 091,7	19,9	1 107,7	20,2	1 125,7	20,5
65-74 anos	563,5	10,4	561,7	10,3	557,5	10,2	554,9	10,1	555,0	10,1	557,8	10,2	560,6	10,2
75 e + anos	478,1	8,8	491,4	9,0	507,4	9,3	522,5	9,5	536,7	9,8	550,0	10,0	565,2	10,3
85 e + anos	105,4	1,9	110,3	2,0	115,7	2,1	120,1	2,2	125,2	2,3	131,1	2,4	137,5	2,5

**Fonte:** INE – Indicadores Sociais 2010

Conforme se pode observar na Tabela 2, no período de 2008 a 2010 a esperança de vida à nascença para os indivíduos residentes em Portugal era de cerca de 79,20 anos, tendo sido de 76,14 anos para os homens e de 82,05 anos para as mulheres. Estes valores foram ligeiramente superiores aos obtidos para o período antecedente (75,80 anos para os homens e 81,80 para as mulheres), mantendo-se a tendência crescente relativamente aos anos anteriores.

No mesmo período, a esperança média de vida aos 65 anos para o total da população residente em Portugal era de 18,47 anos, e de 16,64 anos para os homens e 19,89 anos para as mulheres.



A superioridade numérica das mulheres é devida à maior esperança de vida, que aumenta naturalmente com o avançar na idade.

**Tabela 2 – Esperança média de vida**

	Unid.	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010
<b>Esperança média de vida à nascença</b>							
<b>HM</b>	anos	<b>77,69</b>	<b>78,17</b>	<b>78,48</b>	<b>78,70</b>	<b>78,88</b>	<b>79,20</b>
Homens	anos	74,38	74,84	75,18	75,49	75,80	76,14
Mulheres	anos	80,81	81,30	81,57	81,74	81,80	82,05
<b>Esperança média de vida aos 65 anos</b>							
<b>HM</b>	anos	<b>17,58</b>	<b>17,89</b>	<b>17,99</b>	<b>18,13</b>	<b>18,19</b>	<b>18,47</b>
Homens	anos	15,68	15,97	16,07	16,25	16,36	16,64
Mulheres	anos	19,05	19,37	19,48	19,61	19,67	19,89

**Fonte:** INE – Indicadores Sociais 2010

A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se, em 2010, num índice de envelhecimento<sup>1</sup> de 120 idosos por cada 100 jovens (109 idosos em 2004).

O índice de dependência total<sup>2</sup> aumentou de 49 em 2004 para 50 em 2010. Este valor resulta de duas evoluções opostas neste período de tempo, uma redução, ainda que ligeira, do índice de dependência de jovens<sup>3</sup> de 23 para 23, e simultaneamente um aumento do índice de dependência de idosos<sup>4</sup> de 25 para 27.

<sup>1</sup> **Índice de envelhecimento**

Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos.

<sup>2</sup> **Índice de dependência total**

Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 0-14 anos conjuntamente com a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos.

<sup>3</sup> **Índice de Dependência de jovens**

Relação entre o número de jovens e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 0-14 anos e a população com 15 – 64 anos.

<sup>4</sup> **Índice de Dependência de Idosos**

Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15 – 64 anos.

**Tabela 3 - Índices demográficos relativos à estrutura etária**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Índice de dependência total (indiv. dos 0-14 e com 65 + anos por 100 indiv. dos 15-64 anos)	49	49	49	49	49	49	50
Índice de dependência de jovens (indiv. dos 0-14 por 100 indiv. dos 15-64 anos)	23	23	23	23	23	23	23
Índice de dependência de idosos (indiv. com 65 + anos por 100 indiv. dos 15-64 anos)	25	25	26	26	26	27	27
Índice de juventude da população em idade ativa (indiv. dos 15-39 anos por 100 indiv. dos 40-64 anos)	112	110	108	106	103	101	99
Índice de envelhecimento (indiv. com 65 + anos por 100 indiv. dos 0-14 anos)	109	110	112	114	115	118	120
Índice de longevidade (indiv. com 75 + anos por 100 indiv. com 65 + anos)	43	44	45	46	46	47	47

**Fonte:** INE – Indicadores Sociais 2010

O crescente do número de idosos vai ter repercussões a nível das despesas públicas com prestações sociais. Com o avanço da idade, verifica-se uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a idosos, refletindo-se num aumento das despesas sociais relacionadas com a saúde e com a velhice. Como podemos apreender na Tabela 4 as despesas com a saúde, a velhice e sobrevivência constituem o grosso dos encargos com prestações sociais, representando sobre um total de 22,4% do PIB em 2009.

**Tabela 4 - Despesas de prestações sociais, por grupo de funções em percentagem do PIBpm a preços correntes por grupo de funções**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Unidade: %						
<b>Total</b>	<b>22,3</b>	<b>23,0</b>	<b>23,1</b>	<b>22,6</b>	<b>23,2</b>	<b>25,6</b>
Saúde (Doença e Invalidez)	9,1	9,2	9,0	8,7	8,6	9,4
Velhice e Sobrevivência	10,5	11,0	11,3	11,3	11,9	13,0
Família	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,5
Desemprego	1,3	1,3	1,3	1,1	1,0	1,4
Habituação	e	e	e	e	e	e
Exclusão Social	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3

**Fonte:** INE, 2010 - Indicadores Sociais 2010

Segundo Rodrigues e Pereira (2007), “o avanço do envelhecimento da população será um enorme desafio para as finanças públicas (...) Sem as necessárias medidas de reforma, o envelhecimento da população não aumentará apenas a despesa com pensões. Outras despesas públicas sensíveis à idade, como a saúde e os cuidados a idosos, também exercerão uma pressão muito significativa sobre os orçamentos públicos dos países da OCDE” (p.21).

Os progressos notáveis verificados nos domínios: económico, social e médico facilitaram o prolongamento da esperança de vida, que juntamente com o declínio demográfico e o baixo crescimento natural da população, originou um crescimento acentuado do peso relativo da população idosa na população total e se traduziu no



envelhecimento demográfico dos países desenvolvidos e no aumento do rácio de dependência da população idosa. Este envelhecimento vai sobrecarregar vários domínios, nomeadamente na proteção social, no aumento das despesas públicas e nos serviços de saúde.

De acordo com autores Soares e Fialho (2011), esta redefinição da estrutura etária tem diferentes implicações exige políticas sociais que permitam fazer face à nova realidade, onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados, em termos económicos leva a um esforço acrescido da segurança social, com o pagamento de reformas e, também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional e, em termos sociais e de cidadania, exige uma nova forma de encarar o envelhecimento.

Para Paúl e Ribeiro (2012) “ o envelhecimento demográfico lança um vasto conjunto de desafios e de oportunidades às políticas sectoriais, sendo decisivo traduzir esta realidade numa maior abertura a novas práticas e a novos modelos. A experiência, o saber e o saber-fazer, a constatação dos efeitos perniciosos de uma inatividade abrupta e indesejada, entre outros, abrem desafios para o aprofundamento de modelos e de práticas de “envelhecimento em atividade”, aspeto central para uma sociedade mais justa e coesa” (p.187).

No contexto económico global, o aumento das taxas de participação e de emprego dos trabalhadores mais velhos é fundamental para garantir o crescimento económico. Face ao envelhecimento e à futura diminuição da população em idade ativa, os trabalhadores mais velhos ganham relevância enquanto componente essencial da oferta de mão-de-obra e constituem um facto fundamental do desenvolvimento sustentável.

Neste contexto, a Estratégia Europeia de Emprego e as Orientações Gerais para as Políticas Económicas procuraram responder ao desafio demográfico, através de estratégias globais para o envelhecimento ativo considerando como os principais fatores da manutenção do emprego dos trabalhadores mais velhos os incentivos financeiros que desencorajem a reforma antecipada, o reforço do acesso à aprendizagem ao longo da vida, o estímulo a boas condições de trabalho, incluindo regimes de trabalho flexíveis e serviços adequados de proteção social. (Paúl & Ribeiro, 2012, p.211)

Assim, revela-se indispensável uma ativa e eficaz intervenção do Estado no sentido de promover políticas económico-sociais que alieiram as consequências do envelhecimento, que procurem harmonizar o sistema de pensões; e a adoção de medidas promotoras de carreiras mais longas de modo a contribuir para a adequação e a



sustentabilidade, de forma a que o fenómeno do envelhecimento deixe de ser sinónimo de cenário “negro” e de irreversibilidade.

A resposta aos desafios de envelhecimento demográfico consiste em promover o envelhecimento ativo, saudável e participativo.

### **3. Políticas Sociais de Cuidados aos Idosos**

Os Princípios das Nações Unidas para os Direitos dos Idosos baseiam-se Independência, Participação, Assistência, Auto-Realização e Dignidade, aprovados na Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas a 16 de Dezembro de 1991.

Segundo a Constituição da República Portuguesa no seu Artigo 72.º Terceira idade, nº1- “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social; nº2 - a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade”.

As pessoas idosas possuem direitos constitucionalmente adquiridos, sendo que para maioria a prestação social é principal dimensão de apoio.

Devido ao envelhecimento populacional e ao facto do mesmo tender a aumentar, juntamente com os problemas com que atualmente os idosos vivem, o Estado tem um papel fundamental na planificação e gestão das respostas, programas e medidas direcionadas à população idosa e/ou em situação de dependência, no entanto, denota-se que o terceiro sector e as famílias têm exercido um apoio fundamental na prestação de cuidados a estas pessoas.

Em Portugal existem três tipos de medidas de política de apoio às pessoas idosas e em situação de dependência, as prestações sociais, as respostas sociais e os programas e medidas.

Este contexto de apoio é assegurado pela Segurança Social a qual em Portugal abrange três sistemas, nomeadamente, o Sistema de Proteção Social de Cidadania, o Sistema Complementar e o Sistema Previdencial. O primeiro engloba três subsistemas, o



da Ação Social, o da Solidariedade e o da Proteção Familiar, os quais estão direcionado à população idosa.

As prestações sociais, no âmbito do subsistema de Solidariedade englobam várias prestações, nomeadamente, a pensão por invalidez (pensão por incapacidade permanente para o trabalho - DL nº 187/07 de 10 de Maio); a pensão de velhice (pensão atribuída ao beneficiário que tenha atingido a idade mínima legalmente presumida como adequada para a cessação do exercício da atividade profissional - DL nº 187/07 de 10 de Maio); o complemento por dependência (é atribuído nos casos em que o grau dependência do pensionista seja tal, que se torne necessário assistência de terceira pessoa, para assegurar as suas necessidades básicas – DL nº 265/99 de 14 de Julho e o DL nº 309-A/2000 de 30 de Novembro).

Como respostas sociais, no âmbito do subsistema da Ação Social, a população idosa tem ao seu dispor ao nível da institucionalização as Residências e os Lares de Idosos.

As Residências (Despacho Normativo 30/2006 de 8 de Maio), constituídas por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, com autonomia total ou parcial. Têm como objetivos, proporcionar alojamento (temporário ou permanente); garantir à pessoa idosa uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado; proporcionar serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; criar condições que permitem preservar e incentivar a relação inter-familiar.

Os Lares de Idosos (Despacho Normativo 12/1998 de 25 de Fevereiro), sem fins lucrativos, geralmente pertencentes a instituições privadas de solidariedade social (misericórdias, associações mutualistas, fundações ou instituições semi-públicas) são equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontram em risco, com perda de independência e/ou autonomia. Têm como objetivos, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática do idoso; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; desenvolver apoios necessários às famílias dos idosos; fortalecer a relação inter-familiar. Os serviços oferecidos são: alojamento; alimentação; cuidados de saúde e higiene e conforto, convívio, ocupação, animação e recreio.

A insuficiência de respostas estatais em termos de lares de idosos, tem-se vindo a notar pela proliferação de lares de idosos lucrativos (DL nº 64/2007 de 14 de Março).



Segundo o Relatório de 2009 da Carta Social (Rede de Serviços e Equipamentos) entre 1998 a 2009 de verifica-se um crescimento acentuado nas valências Residência e Lar de Idosos com cerca de 27 %, resultado do forte investimento público com o objetivo da expansão da capacidade instalada e melhoria da qualidade das respostas existentes.

Relativamente à capacidade, e tendo por referência o ano 2009, Residência e Lar de Idosos registam um crescimento da sua capacidade em 40 %, o que representa a criação de mais de 20 000 lugares, desde 1998. (MTSS, 2009, p.18)

Os Lares de Idoso é a resposta com maior incidência de dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50 %). O motivo principal de ingresso no lar parece estar diretamente relacionado com a incapacidade do idoso num determinado momento da sua vida em gerir as suas AVD's, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário nesse sentido. (MTSS, 2009 pp. 21-22)

Relativamente aos Programas e Medidas evidenciam-se: a Linha Nacional de Emergência Social (LNES), é um serviço público gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento contínuo e ininterrupto para proteção e salvaguarda da segurança dos cidadãos em situação de Emergência Social – 24 horas por dia, 365 dias por ano – disponível através do número de telefone 144. Tem como principal objetivo acionar uma resposta social imediata às situações de emergência social e assegurando a acessibilidade a um posterior encaminhamento/acompanhamento social, numa perspetiva de inserção e autonomia.

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), é um programa que surgiu através do despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Solidariedade Social, publicado em 20 de Julho de 1994, DL n.º 412/93. Pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projetos de desenvolvimento central e a nível local. Os seus projetos intitulam-se como Serviço Tela alarme (STA), Passes de Terceira Idade, Termalismo Sénior, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Formação de Recursos Humanos (FORHUM).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, DL n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 com o objetivo de promover a continuidade dos cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que sofra, temporária ou indefinidamente, de algum grau de dependência.





### **3.1 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**

O Ministério da Saúde aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, criado por Despacho Ministerial de 8 de Janeiro de 2004, publicado na Circular Normativa nº 13/DGS, de 2 de Julho de 2004. O qual fez parte integrante do Plano Nacional de Saúde de 2004 a 2010.

O programa destinava-se a ser aplicado pelos profissionais da Rede de Centros de Saúde, Rede Hospitalar e Rede de Cuidados Continuados de Saúde, complementados por orientações técnicas advindas da Direção Geral da Saúde. O Programa foi operacionalizado a nível regional e local pelas Administrações Regionais de Saúde que definiram os Planos de Ação, tendo em conta as orientações deste Programa.

O PNSPI é criado dentro de um modelo consubstanciado na Rede de Cuidados Continuados de Saúde, que se propõe a criar sinergias entre diversas experiências anteriores designadamente “(...) recomendações sobre a política para a população idosa, emanadas por organizações internacionais, nomeadamente no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento 2002 e em experiências nacionais com êxito confirmado, como é caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) , ouviu o Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade e conta com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (Seção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa)” (DGS, Circular Normativa, 2004, p.12).

O programa pretende contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende ainda que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas assim como a participação ativa na promoção da sua própria saúde autonomia e independência.

No programa (DGS, Circular Normativa 2004) é atribuída particular relevância à necessidade das condições de saúde e bem-estar dos idosos, afirmando que é preciso “pensar o envelhecimento ao longo da vida (...) implica necessariamente todos os sectores sociais (...) na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária” (pp.3-4).

O PNSPI visa informar sobre o envelhecimento ativo e sobre as situações susceptíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas.



São observados no programa os princípios das Nações Unidas, sobre os direitos das pessoas idosas, nomeadamente da independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade. Para além dos direitos acima mencionados o programa prevê que o idoso deve ser respeitado, no que concerne ao reconhecimento dos idosos como grupo heterogéneo e assim mantida a sua integridade e preservada a sua intimidade.

O conceito de “terceira idade” começa a desaparecer do léxico terminológico dos vários profissionais de saúde e a longo prazo da população em geral, pois não há uma terceira idade e sim uma população idosa, de idades diferentes, com características próprias e personalidade própria e inalienável.

O PNSPI assenta em três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específica das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

O programa tem como finalidade atingir uma população com 65 anos e mais, pretende contribuir para um conceito de envelhecimento ativo, promovendo a longevidade com qualidade. “Pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objetivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência” (DGS, Circular Normativa, 2004, p.14).

Para além dos cuidados de saúde, deve incluir a promoção de atividades físicas e desenvolvimento das funções cognitivas, gestão do sono e vigília, cuidados e noções de nutrição adequada à idade e a manutenção de uma velhice bem-sucedida. Com isto, atingindo os objetivos, pretende que os resultados sejam de criar maior autonomia possível para os idosos no seu lar; recuperação da saúde oral, melhoria dos cuidados de saúde e abordagem sobre os perigos da auto-medicação pela melhoria de acesso à informação sobre saúde e medicação; apoio psicológico a idosos com companheiros doentes de Alzheimer, Parkinson, ou outras doenças degenerativas.

Recomenda igualmente, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.



O PNSPI foi importante no cuidado com a população idosa, mas também de incutir nas diversas faixas etárias e gerações que a velhice é uma fase da vida a que ninguém tem a certeza de chegar, mas que chegando deve ser vivida da melhor forma possível e com toda a dignidade que merece a pessoa humana.



## ***Capítulo II – Autonomia e Dependência***

### **1. Qualidade de Vida no Idoso**

O principal desafio que a longevidade propõe aos idosos é a preservação da qualidade de vida, na presença das ameaças de restrição da autonomia e da dependência, causadas pela deterioração da saúde e pelo empobrecimento da vida social.

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão da Saúde Mental da OMS definiu qualidade de vida como a percepção que o próprio indivíduo tem relativamente à “ sua posição na vida no contexto da cultura de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.78). É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.

A investigação dos aspetos relativos à qualidade de vida na velhice e das condições que permitem envelhecer com um sentido pessoal de bem-estar, tem interessado, de facto, cada vez mais os investigadores de várias áreas uma vez que pode contribuir para a compreensão das necessidades da população idosa e para a criação de alternativas de intervenção.

Para Castellón (2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.303), a associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito qualidade de vida é, aliás, considerado por muitos autores como um conceito nuclear no campo da atenção aos idosos, constituindo um dos principais indicadores a que deve ser dada atenção na hora de avaliar a condição de vida dos idosos.

Segundo Castellón (2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), existem várias formas de conceptualizar a qualidade de vida na velhice: “a) como qualidade em termos das condições de vida (seria a componente objetiva), b) como satisfação pessoal com as condições de vida (seria a componente subjetiva), c) combinando as condições de vida e a satisfação, d) combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios



do próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais” (p.303). Nesta definição cruzam-se os parâmetros de ordem objetiva (serviços sociais, apoio social, ambiente em que se vive, ofertas culturais e recreativas, etc.) com a avaliação e valorização que os sujeitos fazem de tais parâmetros, onde desempenham necessariamente um papel importante as características de ordem pessoal (expectativas, valores, níveis de aspiração, grupos de referência, necessidades pessoais).

Os trabalhos levados a cabo por Castellón e colaboradores no âmbito do Grupo de Investigação de Gerontologia sobre Qualidade de Vida têm proporcionado contributos que possibilitam a identificação de quatro grandes eixos de análise da qualidade de vida na velhice: i) qualidade de vida e residência (institucionalização *versus* meio familiar); ii) qualidade de vida e exercício físico; iii) qualidade de vida e estilos de vida; iv) qualidade de vida e saúde.

Em termos gerais, Castellón (2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.303) sinaliza aqueles que são os indicadores geralmente mais usados para a avaliação da qualidade de vida associada ao envelhecimento: bem-estar subjetivo, autonomia, atividade, índices materiais e recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, lugar na comunidade e relações pessoais.

Num outro estudo, Fernández-Ballesteros (1998, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.304) considera que a maior ou menor qualidade de vida das pessoas idosas está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem. Neste estudo, com 1014 sujeitos idosos, a viver na comunidade e institucionalizados, a autora concluiu que os ingredientes da qualidade de vida associada ao envelhecimento dependem do estilo de vida adotado e de condições pessoais muito particulares – como a posição social, a idade ou o género –, não sendo possível de forma alguma estabelecer padrões de qualidade de vida generalizáveis.

Bowling, Banister e Sutton (2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.77), a partir da análise de dados de um rastreio sobre a qualidade de vida da população idosa no Reino Unido, concluíram que os aspetos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade são: ter boas relações com a família e os amigos; desempenhar papéis sociais, como voluntariado e hobbies; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência.



Num estudo realizado por Paúl (1992), sobre o ânimo de idosos residentes em diferentes ambientes, também foi verificado que a qualidade do apoio recebido, mais do que qualquer aspeto quantitativo da dimensão da rede, nomeadamente da rede familiar, é o aspeto determinante do bem-estar.

A avaliação da qualidade de vida de populações idosas implica, pois, a consideração de medidas materiais, sociais, biocomportamentais, emocionais e de saúde. A compreensão de como e quais os aspetos psicológicos, sociais e outros que fazem variar, e que variam com, a qualidade de vida do idoso, permitirá definir um (ou mais) padrão (ões) de qualidade de vida para os idosos, daí fazendo derivar políticas de intervenção preventivas e otimizadas de envelhecimento bem-sucedido (Paúl & Fonseca, 2005, p.306).

## **2. A Funcionalidade dos Idosos**

O conceito “Envelhecimento Ativo” foi introduzido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), definindo-o como o “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”. Este deve ser promovido quer ao nível individual, quer ao nível coletivo. O incremento da qualidade de vida preconizado como objetivo fulcral do envelhecimento ativo, contempla não unicamente indivíduos saudáveis e ativos, mas também indivíduos frágeis, fisicamente incapacitados ou que necessitem de cuidados.

Este conceito é mais abrangente que o conceito de envelhecimento saudável, pois para além da saúde são tomadas em conta os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2011). Num projeto de envelhecimento ativo, para além das políticas e programas que incrementam a saúde física, são igualmente importantes aquelas que promovem as relações sociais e a saúde mental.

O envelhecimento ativo está dependente de fatores (determinantes), que se incluem: na esfera pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos); comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde); económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), do meio físico (acessibilidades a serviços transportes, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro, e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência



e abuso); serviços sociais e de saúde que as pessoas beneficiam (orientados para promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade). (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 2)

Quer o género, quer a cultura, constituem fatores transversais neste processo, pois têm influência sobre todos os determinantes. A forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento, bem como os seus idosos, é deveras influenciado pelos seus valores culturais e tradicionais. Em muitas sociedades, atribui-se um status social inferior e de acesso restrito a bens e serviços, por parte das mulheres. Por outro lado, os homens assumem mais comportamentos de risco relacionados com o alcoolismo, tabagismo e consumo de drogas.

O envelhecimento pode constituir um processo positivo, se acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança.

A análise dos determinantes do envelhecimento ativo tem contribuído para a implementação de políticas e programas que obtenham êxito nesse âmbito. Desta forma, o envelhecimento ativo visa, a manutenção da autonomia, da independência, a valorização de competências, o aumento da qualidade de vida e da saúde.

Grande parte dos autores converge no sentido de considerar, a autonomia como a capacidade ou o direito da pessoa se governar a si mesma e de fazer escolhas. A independência, o controlo e a competência são três dimensões da autonomia que, dificilmente, podem ser separadas. A independência diz respeito à autonomia funcional da pessoa idosa nos planos físicos, psicológico e social. A dimensão do controlo tem a ver com a capacidade de influenciar o ambiente, ou de se adaptar a ele, guardando uma liberdade de ação. A dimensão da competência reflete a capacidade de obter resultados a partir de intenções e de tomadas de decisão (Head, Maas & Johnson, 2003; Benítez del Rosário, 1999; Paschoal, 1999; Whal, 1991).

O envelhecimento ativo, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária e integração social. O bem-estar na velhice, ou saúde em sentido amplo, parece resultar do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem que isso queira significar, no entanto, ausência de problemas nessas dimensões.

A capacidade funcional surge como um novo conceito em saúde, particularmente relevante no âmbito de um novo paradigma trazido pelo envelhecimento da população.

Segundo Fillenbaum (1986, cit. por Paúl & Fonseca, 2005) “A noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, esta relacionada com a autonomia na execução de



tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. A sua perturbação é consequência de situações patológicas (OMS, 1980) ” (p.111).

A funcionalidade define-se como “ a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (Alínea I do Artigo 3.º do DL n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Para classificar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde surgiu a Classificação Internacional da Funcionalidade – CIF (MESS, 2003, cit. por Paúl & Fonseca, 2005) “A CIF permite relacionar condições de saúde, fatores pessoais e fatores ambientais, com alterações orgânicas e/ou funcionais, também designadas deficiências, e as suas consequências no grau de atividade e de participação dos indivíduos” (p.111).

Para Stuck e col (1993, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), a avaliação da funcionalidade tem como objetivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades.

A opção pela prática habitual da avaliação da funcionalidade tem condições para permitir: a uniformização do conceito de autonomia; a pesquisa e eventual correção de fatores de dependência, como a morbilidade física e mental ou isolamento social; a promoção de fatores de independência, como a atividade física; a implementação de fatores de autonomia, nomeadamente, apoios técnicos ou adaptações ambientais. (Paúl & Fonseca, 2005, p.131)

De acordo com Paúl e Fonseca (2005, p.113), a capacidade funcional deve ser classificada de acordo com o grau de auto - suficiência nesse desempenho (Botelho, 2000), o que, em termos dicotómicos, se pode manifestar como independência (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou dependência (quando há a necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade). De acordo com uma possível progressão da disfunção, pode ser vantajoso graduar a dicotomia em quatro níveis: i) independência – ausência de recurso a qualquer apoio; ii) autonomia – recurso a apoio mecânicos; iii) dependência – recurso a apoio de terceiros; iv) incapacidade – em que o apoio de terceiros substitui a função.





As atividades de autocuidado englobam habitualmente tarefas como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, tarefas de posição, controlar os esfíncteres e comer. Ao conjunto destas tarefas dá-se o nome de Atividades de Vida Diária. Para sua medição um dos instrumentos utilizados é o Índice de Katz, foi desenvolvido para ser utilizado em doentes institucionalizados, sendo frequentemente utilizado para avaliação das AVD's em idosos. O Índice de Katz (Katz e col., 1963) é constituído por seis atividades de vida diária: banho (com esponja, duche ou banheira); vestir-se, ir casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação. Em cada atividade, podemos avaliar se o idoso é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou é dependente.

As atividades de integração dos indivíduos no meio ambiente, como utilizar o telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e algumas tarefas domésticas, têm como designação Atividades Instrumentais da Vida Diária. A Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, é a referência para a sua medição, permite avaliar o grau de dependência dos idosos em sete grupos de atividades (Lawton & Brody, 1969). Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global. O interesse neste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de atividades: cuidados pessoais (autocuidado), cuidados domésticos, trabalho, recreação/lazer, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais.

O INE elaborou estudo sobre a população portuguesa com dificuldades nas AVD's, de acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida de 2009 do INE, 39,1% da população portuguesa com 65 a 74 anos indica que tinha algumas dificuldades nas AVD's e 19,8% dessa população tinha dificuldades sérias nessas atividades. Para a população com mais de 75 anos, 38,9% tinha alguma dificuldade e 37,9% dificuldades sérias nas AVD's. (Carneiro et al., 2012, p. 123)

De acordo com OCDE (2011), Portugal é segundo país da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas AVD's. (Carneiro et al., 2012, p. 124)

É de referir que a qualidade de vida varia de forma significativa consoante a maior ou menor capacidade dos idosos na realização das suas AVD's.



### 3. Dependência

As modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente as interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa, manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais do quotidiano. Muitas vezes, estas mudanças são percecionadas negativamente, sendo a pessoa idosa encarada como vulnerável, não só física mas também mental e socialmente e considerada como dependente.

Os avanços da medicina permitiram o aumento da esperança de vida, que contudo não é sinónimo da eliminação de situações de dependência e incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento. As doenças crónicas que têm maior incidência junto da população idosa são a diabetes, osteoporose, asma, hipertensão arterial, tumores malignos/cancro, doenças renais e reumáticas. (DGS, 2010)

A doença crónica entende-se por “a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitantes, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta e tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (Alínea J do Artigo 3.º do DL n.º 101/2006 de 6 de Junho).

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais. (DGS, 2004)

Em Portugal no período de 2004 a 2009, mais de metade dos óbitos resultou de doenças do aparelho circulatório e de tumores, que representaram, respetivamente, a primeira e a segunda causa de morte em Portugal. Em 2009, estes dois grupos de doenças (aparelho circulatório e tumores) foram responsáveis, respetivamente, por 31,9% e 23,7% dos óbitos de residentes em Portugal. (INE, 2012 p. 71)



Em terceiro lugar surgiam as doenças do aparelho respiratório (11,7%), sendo a quarta posição ocupada pelos sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, com 9,4% em 2009. (INE, 2012 p. 71)

A mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nomeadamente diabetes mellitus, doenças do aparelho digestivo e as causas externas de mortalidade representavam, em 2009, respetivamente, 5,2%, 4,4% e 4,2% das causas de morte de residentes. (INE, 2012 p. 71)

A dependência é um dos grandes problemas prementes no processo de envelhecimento, que como qualquer outro fenómeno desta fase da vida é visto em primeiro lugar como o resultado de um declínio e uma deterioração, com perda do funcionamento mental e físico.

A dependência define-se como, “ a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Alínea H do Artigo 3.º do DL n.º 101/2006 de 6 de Junho).

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa Dependência, define-a como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária. As AVD e as AIVD estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos auto-cuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão de plenos direitos. (MTSS, 2009)

Existem várias classificações da dependência do idoso. A mais conhecida é a que se divide em duas categorias: dependência devida a limitações físico-funcionais *versus* dependência devida a limitações cognitivas.

Não existe apenas um único grau de dependência, José São José e Karin Wall (2006, cit. por MTSS, 2009) classificaram a dependência de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada. “ (...) os idosos com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das AVD. Os idosos com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também de apoio de terceira pessoa para desempenho de algumas



atividades diárias. Os idosos com elevada dependência requerem apoio extensivo e intensivo, o que “ não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas “básicas”: são pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo a diminuição de aptidões cognitivas e do controlo esfíncteriano (...)” (p.8).

Não ousando descurar ou negligenciar as tipologias, graus, ou níveis de dependência operacionalizados por outros autores, sendo até alguns já referidos no âmbito deste trabalho, para efeitos da presente análise, consideraram-se os seguintes conceitos que têm sido utilizados ao nível da Carta Social a) autónomo – capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica; b) parcialmente dependente – necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação; c) dependente – não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação, locomoção/ou cuidados de higiene pessoal; d) grande dependente – acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.

No estudo da Carta Social (MTSS, 2009) no que respeita à população idosa, observou-se em 2007, que um em cada três utentes/clientes das respostas estudadas (Lar de Idosos, Residência, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário), são dependentes ou grandes dependentes.

No âmbito da legislação em vigor, para efeitos de benefícios provenientes de prestações sociais, o Complemento por Dependência (DL nº 265/99 de 14 de Julho), estabelece dois graus de dependência: 1º grau – indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas de vida quotidiano, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2º grau – indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Em relação à dependência, o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, mostra que 18,05% tem incapacidade física de longa duração “ sozinho mas com dificuldades”, 3,59% “só com ajuda” e 2,81% população encontra-se sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar. (Nogueira, 2009)

Estamos perante um ciclo, normalmente quanto maior é a gravidade da doença, mais graves são as sequelas por ela provocadas, e consequentemente maior é o grau de dependência com que a pessoa tem de viver, o que se reflete negativamente na auto-estima



e no bem-estar de cada indivíduo. É este o quadro presente em grande parte dos idosos atualmente, o que implica que sejam criadas medidas que permitam diminuir o período de fragilidade das pessoas, proporcionando-lhes maior dignidade, maior bem-estar e uma vida longa mas com qualidade. É este o papel dos Cuidados Continuados Integrados.



### ***Capítulo III – Os Cuidados Continuados como Resposta à Dependência da Pessoa Idosa***

#### **1. Conceito de Cuidados Continuados Integrados**

As necessidades em cuidados continuados dos idosos são influenciadas pelas mudanças físicas, mentais e ou alterações na funcionalidade das capacidades cognitivas, ao longo da vida de um indivíduo. Uma política de cuidados continuados deve ter em conta estas necessidades, no quadro do respeito dos valores individuais e preferências dos cidadãos. Desta forma, o objetivo dos Cuidados Continuados é garantir que um indivíduo em situação de dependência, pode manter a melhor qualidade de vida possível, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis. (Carneiro, et al., 2012)

O Artigo 3.º do DL n.º 101/2006 de 6 de Junho define os CCI como sendo o “conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde define os Cuidados Continuados como sendo “as atividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo, por cuidadores informais (família e amigos), por cuidadores formais, incluindo profissionais e para-profissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários”. (Carneiro, et al., 2012, p.119)

A OMS, afirma que as necessidades de cuidados continuados, é influenciada pelas mudanças físicas, mentais e ou alterações na funcionalidade das capacidades cognitivas, ao longo da vida de um indivíduo, provocadas pelo ambiente circundante.

Segundo esta entidade, o objetivo dos cuidados continuados é garantir que um indivíduo em situação de dependência, pode manter a melhor qualidade de vida possível,



com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis. Neste sentido, uma política de cuidados continuados deve incluir obrigatoriamente o respeito pelos valores individuais, preferências e necessidades dos cidadãos.

Também a multidisciplinaridade se encontra fortemente ligada a esta política, é necessária a complementaridade de atuações entre as diferentes especialidades de profissionais que fazem parte da equipa de cuidados continuados. Associada a esta multidisciplinaridade está a interdisciplinaridade, os objetivos a atingir são comuns a toda a equipa, são definidos e promovidos pelos vários técnicos das várias especialidades, no intuito de se conseguir uma prestação abrangente e orientada para todas as necessidades do indivíduo. (UMCCI, 2011, p.8)

Indissociáveis aos cuidados continuados, estão também os termos: dependência, funcionalidade e doença crónica. Estes contribuem para a definição do contexto de atuação dos cuidados continuados e das políticas que visem influenciar de modo determinante a prestação de cuidados.

## **2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Em quase todos os países do denominado mundo ocidental, tem-se verificado um progressivo e constante aumento da esperança de vida. Esta é uma das principais razões do aumento da prevalência de situações de cronicidade (doenças crónicas, degenerativas) e incapacidade. A isto associam-se alterações da organização e dinâmicas familiares, bem assim como a perceção de que os níveis de cuidados tradicionais respondem com dificuldades às exigências de cuidados colocadas por estes doentes. Esta conjugação de fatores exige respostas com características diferentes das tradicionalmente dadas pelos serviços de saúde e sociais. (Lopes et al., 2010 p.7)

Como resposta à necessidade de responder às consequências das alterações demográficas, o Conselho de Ministros aprovou o diploma que instituiu a RNCCI de Saúde a Idosos e Dependentes, enquadrada juridicamente pelo DL n.º 101/2006, de 06 de Junho. A RNCCI foi criada porque “verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que



requerem respostas novas e diversifica das que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”.

A RNCCI, tutelada em parceria pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social é composta pelo conjunto das instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados, tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Esta rede destina-se a prestar apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social através de equipas multidisciplinares que atuam no terreno, em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde.

A filosofia dos cuidados continuados integrados assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo-lhe, quando possível, recuperar a autonomia para as atividades da vida diária e reduzir o seu grau de dependência. Os cuidados continuados integrados iniciam-se com alta hospitalar, garantindo a continuidade do tratamento através da reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, ou no domicílio do doente, sendo neste caso, o apoio efetuado por equipas de cuidados domiciliários multidisciplinares e resultantes da articulação entre os centros de saúde e a segurança social.

## **2.1 Objetivos / Princípios dos Cuidados na RNCCI**

A Rede tem como principal finalidade criar um sistema integrado de serviços de saúde e apoio social, que procura capacitar os seus utentes de autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que visam reabilitar e informar os utentes e os seus familiares. Este novo modelo de intervenção implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas multidisciplinares que promovem o envolvimento, não só dos utentes como dos seus familiares / cuidadores informais, na prestação de cuidados, respeitando sempre as suas necessidades, preferências e os seus objetivos de reabilitação.

Neste sentido, foram estipulados determinados objetivos específicos, que se encontram definidos no artigo nº4 do DL n.º 101/2006, nomeadamente: “a) a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) a manutenção das





peças com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; d) a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.”

Dado que a Rede visa garantir cuidados o mais adequados possíveis às necessidades das pessoas em situação de dependência, tem por base uma série de princípios definidos no artigo nº6 do DL n.º 101/2006 que se impõem na sua atuação.

A RNCCI visa promover uma prestação de cuidados individualizada e humanizada, não descuidando dos cuidados de saúde, e dando em simultâneo grande importância à Pessoa, ao Utente, à sua vontade e às suas preferências. Este projeto procura garantir equidade no acesso e na mobilidade entre os vários tipos de unidades e equipas da Rede, todos os indivíduos têm igual direito de beneficiar da prestação de cuidados por parte da RNCCI.

A prestação de um serviço de proximidade, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade, é outro dos princípios que regem a intervenção deste modelo. Uma vez que se pretende equipas capazes de dar diferentes tipos de respostas e respostas adequadas às necessidades individuais de cada utente, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade na prestação de cuidados, são outros dos princípios inerentes à Rede.

De forma a garantir uma boa resposta é indispensável que seja feita uma avaliação integral das carências, definindo-se periodicamente para o efeito, objetivos de funcionalidade e autonomia e avaliando-se constantemente os resultados obtidos.

Dado que se perspetiva promover a recuperação contínua ou a manutenção da funcionalidade e da autonomia, a Rede tem também como princípio, o envolvimento dos utentes e das suas famílias, não só no plano individual de intervenção, como também no encaminhamento para as unidades e equipas existentes. (UMCCI, 2007, p.5)



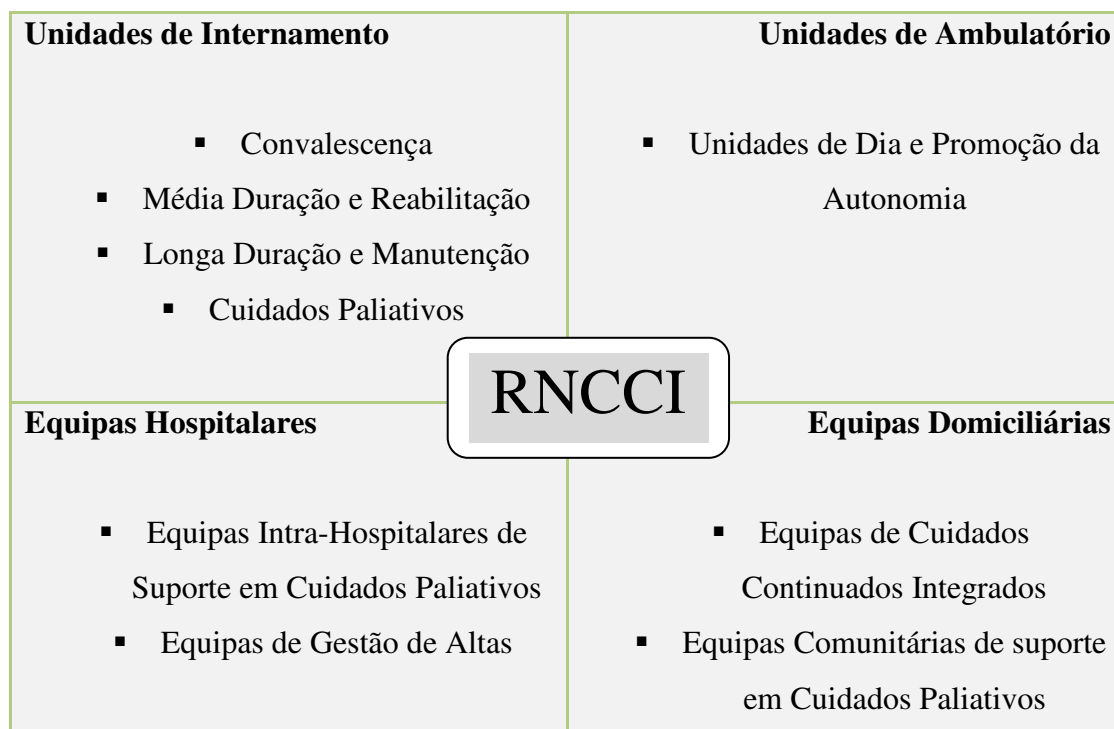
A família e o utente são envolvidos e estimulados a ter uma participação ativa e constante em todo o processo de recuperação ou manutenção, deste modo a RNCCI tenta incentivar a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados. Todos estes princípios abordados, colidem numa procura de eficácia e qualidade por parte de todas as unidades e equipas na prestação dos cuidados.

Para além dos princípios acima identificados, a atuação da Rede assenta também na garantia dos direitos de dignidade; preservação de identidade; privacidade; informação; não discriminação; integridade física e moral; exercício de cidadania e consentimento informado das intervenções. Qualquer utente que entre na prestação de cuidados da RNCCI, tem garantidos estes direitos básicos. (Artigo nº7 do DL n.º 101/2006)

## 2.2 Tipologias de Respostas da RNCCI

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

*Figura 1 - Tipologias de respostas previstas para a RNCCI*





Procede-se à caracterização das três tipologias de internamento consideradas para este estudo, UC, UMDR e ULDM.

As UC tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos de internamento. (Artigo nº13, DL nº 101/2006)

Os motivos principais das propostas de referenciação de utentes para as UC, dependência AVD (93%), reabilitação (87%), ensino utente/cuidador informal (66%), cuidados pós-cirúrgicos (41%). (UMCCI, 2012, p.34)

As UMDR visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias. (Artigo nº15, DL nº 101/2006)

Nas UMDR, motivos principais de referenciação, dependência AVD (93%), reabilitação (77%), ensino utente/cuidador informal (64%). (UMCCI, 2012, p.34)

As ULDM têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.

As ULDM podem contudo proporcionar o internamento, por um período inferior a 90 dias consecutivos, mas apenas até 90 dias por ano e em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador do dependente. (Artigo nº17, DL nº 101/2006)

Nas ULDM os critérios de referenciação, dependência AVD (89%), descanso do cuidador (26%), portadores de SNG/PEG (22%), tratamento de feridas/úlceras de pressão (17%), manutenção de dispositivos (13%), deterioração cognitiva (6%). (UMCCI, 2012, p.34)

O número de utentes assistidos em 2011 nas UC é 7.744 utentes, nas UMDR 7.741 utentes e nas ULDM 6.489 utentes. (UMCCI, 2012, p.37)

De acordo com o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da RNCCI (2012), em 31 de Dezembro de 2011 a Rede abrangia cerca de 5.595 camas



contratadas em funcionamento, tendo aumentado 21% em termos de capacidade comparativamente com o período homólogo de 2010, o que corresponde a um aumento absoluto de 970 camas contratadas. (UMCCI, 2012, p.10)

O desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 67% do total de acordos celebrados. No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia (SCM) representa 51% do total de acordos celebrados.

O SNS abrange 13 % do total de acordos celebrados com a contratação de 9% da capacidade instalada da RNCCI. Com as Entidades privadas com fins lucrativos foram celebrados 52 acordos, representando 20% de acordos celebrados, representando 25 % da capacidade instalada da RNCCI. (UMCCI, 2012, p.12)

### **3. Cuidados Continuados Desafios**

O desenvolvimento de Cuidados Continuados (Long Term Care - LTC) na Europa apresenta diferentes divisões de responsabilidades, diferentes organizações de cuidados de saúde e sociais. Os recursos centrados no cidadão, nas famílias, nos cuidadores informais, na comunidade, nas parcerias intersectoriais, e o Estado como gerente, são fatores estruturantes a nível internacional.

Em contexto de diferentes terminologias “Long Term Care”, levou a que diversos autores (Chan & Kenny 2002, cit. por Nogueira, 2009, p.5), reconhecendo que não existe uma definição universal aceite para LTC, sugerissem nova terminologia.

Assim o termo tem sido revisto, para introduzir um novo conceito de “continuing care”, que enquadra uma perspetiva global, relativa a todos os aspetos relacionados com serviços de sistemas de saúde e sociais. Os componentes principais, incluem cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário. (Nogueira, 2009)

A análise das estratégias e constrangimentos tem interesse em países com LTC implementados há vários anos, para verificar se têm ainda aspetos com necessidade de reorganização.

Quando se analisa o “gasto em cuidados continuados, ajustado por dependente, em % do PIB per capita”, verifica-se que a Suécia e a Dinamarca, nos grupos etários acima dos



85 anos ultrapassam já os 100%. A Finlândia situa-se nos 70% e outros países como os casos da França e Áustria rondam os 30%. Acima dos 85 anos de idade é quando os valores de gasto em PIB per capita são maiores. (Nogueira, 2009, p. 8)

Através do Report on strategies for social protection and social inclusion 2008-2010, dos países citados, verifica-se que a nível das prioridades e desafios existem questões comuns, como: a sustentabilidade, é a longo prazo uma tarefa chave para a sociedade; a importância no estabelecimento de parcerias entre o sector público, o terceiro sector e o privado; assegurar que o sector público seja parte integrante da inovação, desenvolvimento e competitividade; a necessidade de maior atenção no futuro à interface entre o sistema de saúde e social para promover o desenvolvimento de cuidados integrados; reformas organizacionais, criação de agências regionais ou regiões administrativas de serviços de saúde e sociais para permitir melhor integração de cuidados e facilitar a coordenação entre serviços de saúde e sociais. Nogueira, 2009, p. 9)

Por outro lado o relatório refere ainda que: idosos e outros cidadãos com redução da funcionalidade, com necessidades de cuidados, estão a aumentar; existem desigualdades no fornecimento de estruturas a nível local e regional e a provisão atual não satisfaz a procura – existem cidadãos com incapacidade que atualmente estão fora do fornecimento de serviços ou recebem poucas horas de apoio, atendendo às suas necessidades; é também um desafio gerir as relações entre os esforços a nível público e os das famílias.

Estabelece como prioridades: melhoria do acesso; acesso a cuidados que não origine pobreza e dependência financeira; ajustamento de lugares em função das tendências demográficas e epidemiológicas; serviços para idosos: desenvolver cuidados domiciliários e serviços que apoiem esses cuidados de forma integrada; cuidados para a demência; apoio à prestação de cuidados informais; suporte dos familiares; substituição de cuidadores através da criação de sistema de descanso de cuidador; maior qualidade e mais responsabilidade de quem fornece e recebe cuidados. (Nogueira, 2009, p. 10)

O desenvolvimento de Cuidados Continuados (LTC) na Europa apresenta diferentes divisões de responsabilidades, diferentes organizações de cuidados de saúde e sociais, bem como diferença nas fronteiras entre eles, resultando em grandes variações de serviços e organização, bem como o seu papel nos diferentes Estados Membros.

Aliás essas diferenças têm repercussões, por exemplo, em como produzir análises comparativas entre países que têm diferentes padrões de cuidados continuados (LTC), que têm diferentes dados e modelos de projecção ou como desenvolver um conjunto de



cenários base comuns, sobre as tendências dos fatores que geram procura nesta área. Mas há uma implicação importante que tem de se reconhecer que existe um amplo grau de incerteza acerca do volume e do tipo de procura futura de serviços de LTC. (Costa-Font, J et al., 2008), (Comas-Herrera, A., et al., 2003, cit. por Nogueira, 2009, p.16)

Existem recomendações e problemas a resolver que se encontram expressos em diferentes documentos como no European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease (2008) referindo-se que deve ser desenvolvida uma gama completa de serviços para idosos, que inclui cuidados de internamento, ambulatório e apoio domiciliário, com sustentabilidade financeira e acessíveis para todos os que deles necessitem. Deve existir avaliação de necessidades de cuidados. Esta avaliação de necessidades deve dar lugar a investigação, tratamento e suporte, usando um modelo bio-psico-socio-espiritual. Deve ser implementado um sistema de garantia de qualidade de cuidados em LTC para proteger de discriminação, marginalização e má prática. (Nogueira, 2009, p.16)

Por outro lado no documento Health systems and long-term care for older people in Europe (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna 2008) refere-se que o aumento de necessidade de LTC necessita de abordagens holísticas e inclusivas que integrem o papel de diferentes programas públicos, sectores da sociedade e iniciativas privadas. (Nogueira, 2009, p.16)

Que se devem identificar ferramentas para medição e suporte de progresso baseadas na evidência, reconhecer e estabelecer boas práticas na avaliação e monitorização da qualidade de cuidados, na reabilitação, suporte a cuidadores informais, governação e questões financeiras.

Embora exista investigação sobre determinados aspetos de serviços de saúde e sociais, os conceitos, indicadores, e modelos para comparação internacional e para a identificação de boas práticas entre os diferentes países, está ainda numa fase inicial.

A Comissão Europeia, no Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2008), refere que a prestação de cuidados na comunidade ou residencial são preferíveis aos cuidados institucionais, mas que o recrutamento adequado, treino e retenção dos profissionais em LTC, permanece um desafio a resolver. (Nogueira, 2009, p.17)

Existe um consenso alargado na necessidade de atenção, à esperada diminuição de profissionais no sector LTC – cuidados formais – bem como na promoção a novas formas de suporte para cuidadores informais.



O enfoque nos cuidadores informais é transversal a todos os documentos, levantando no entanto questões que necessitam de resolução, como a garantia da qualidade dos cuidados.

Esta ênfase nos cuidadores informais, tem também implicações na sustentabilidade, dado que o aumento anual de 1% de utentes em cuidados formais, oriundos de cuidadores informais pode originar uma despesa adicional, que representa 0.6% do PIB, nas próximas décadas. (Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008, cit. por Nogueira, 2009, p.18)

No Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (2009), em relação com a coordenação de cuidados, reconhece-se que os Estados-Membros fizeram progressos, mas que há muito para fazer nomeadamente nos cuidados continuados (LTC) no que diz respeito à coordenação entre cuidados de saúde e sociais, entre público e privado, bem como entre público e terceiro sector.

Assim as estratégias dos países analisados e as recomendações de documentos internacionais evidenciam que os desafios são significativos, são a nível global e a sua solução é um desafio futuro comum. (Nogueira, 2009, p.19)



## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**





## ***Capítulo I – Metodologia***

### **1. Âmbito do Estudo e Delimitação da Questão de Partida**

A presente investigação, tendo por base a estrutura teórica de referência, centrou-se na seguinte questão de partida:

Quais os níveis de funcionalidade e bem-estar dos idosos institucionalizados em UCCI?

Para Fernandes (2002), “o envelhecimento envolve um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais em interação recíproca e quase sempre sentidas como perdas, dificuldades cognitivas e sensoriais, doenças físicas, dependência, perda de autonomia, de relações afetivas por morte do cônjuge, parentes e amigos, reforma e isolamento social” (p.76).

Relacionar o envelhecimento com as atividades de vida diária e com a existência de depressão e o nível de bem-estar psicológico permite aprofundar o conhecimento sobre esta etapa particular da vida em que encontramos cada vez mais indivíduos.

A RNCCI vem facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada.

A prestação de cuidados prevista na Rede pretende uma prestação de cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e bem - estar dos indivíduos.

A abordagem metodológica envolvida neste estudo foi quantitativa, uma vez que os conceitos que se pretenderam estudar foram operacionalizados de forma quantificada. Sendo que a principal finalidade do estudo é de explorar e caracterizar a situação em questão, distingue-se este estudo como sendo exploratório - descritivo.



## 1.2 Objetivos do estudo

Assim estabelecemos como objetivos:

➤ Caracterizar sócio-demograficamente amostra ao nível:

- Género;
- Idade;
- Estado civil;
- Nível de escolaridade;
- Profissão;
- Rendimentos;
- A coabitação;
- Área geográfica de residência.

➤ Avaliar a funcionalidade dos idosos institucionalizados em UCCI.

A este nível pretende-se distinguir o estado AVD's e AIVD's dos idosos institucionalizados nas UCCI. Considerando as seguintes dimensões:

- Cuidados pessoais;
- Cuidados domésticos;
- Trabalho, recreação/lazer;
- Compras e gestão do dinheiro;
- Locomoção;
- Comunicação;
- Relações sociais.

➤ Diferenciar os idosos institucionalizados quanto ao seu grau depressão.

Pretende-se avaliar ao nível de depressão dos idosos internados nas UCCI.

➤ Identificar o nível de bem-estar nos idosos.

Pretende-se avaliar quanto ao nível de ânimo dos idosos internados nas UCCI.

- Solidão/Insatisfação;
- Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento;
- Agitação.




## 2. Amostra

A amostra foi recolhida numa UCCI pertencente a uma Entidade Privada iniciou atividade em 2008, localizada no Concelho de Mafra, nas tipologias de Convalescença, MDR e LDM. Contempla um total de 59 participantes que beneficiam de cuidados continuados, 17 em Convalescença, 30 em MDR e 12 em LDM. Escolha desta Unidade para o desenvolvimento da investigação deve-se ao facto do investigador exercer funções profissionais na mesma.

Os critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra foram definidos de acordo com os objetivos deste estudo. Os participantes teriam que ser indivíduos com 65 e mais anos, internados em UCCI pertencentes à RNCCI e ter condições psicológicas e mentais para participarem no estudo, foi solicitada colaboração à equipa de enfermagem para essa avaliação.

## 3. Desenho da Investigação

**Tabela 5 - Desenho da Investigação**

<b>Instrumentos</b>	Questionário Sócio - Demográfico	Escala de Lawton & Brody	Escala de Depressão Geriátrica	Escala de Ânimo Lawton
<b>Objetivos</b>	Caracterização sócio-demográfica	Avaliação da funcionalidade	Diferenciar grau depressão	Nível de bem-estar
				
<b>Funcionalidade e bem-estar dos idosos institucionalizados em UCCI</b>				



## **4. Instrumentos Metodológicos**

Para se proceder à avaliação dos níveis de funcionalidade e bem-estar dos idosos institucionalizados na UCCI, procedeu-se à utilização de instrumentos para caracterizar essa mesma população.

### **4.1 Questionário Sócio - Demográfico**

Este instrumento permite avaliar os idosos do ponto de vista da sua situação sócio-demográfica (vd. Anexo I). Considerando as seguintes variáveis:

- Género;
- Idade;
- Estado civil;
- Nível de escolaridade;
- Profissão;
- Rendimentos;
- A coabitação;
- Área geográfica de residência.

### **4.2 Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody**

A Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody permite avaliar o grau de dependência dos idosos em sete grupos de atividades (Lawton & Brody, 1969). Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global. O interesse neste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de atividades (vd. Anexo II):

- Cuidados pessoais;
- Cuidados domésticos;
- Trabalho, recreação/lazer;
- Compras e gestão do dinheiro;
- Locomoção;
- Comunicação;
- Relações sociais.



### **4.3 Escala Depressão Geriátrica**

Em 1983, Yesavage e colaboradores desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para depressão chamado de Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

Esta escala foi traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Teixeira Veríssimo (1988). Trata-se de uma escala de autoavaliação especificamente construída para avaliar a sintomatologia depressiva na população geriátrica. É um instrumento de rápida aplicação, demorando cerca de cinco minutos, e de fácil compreensão e execução para o paciente.

A escala é constituída por 30 perguntas às quais o idoso responde de forma dicotómica (“sim” ou “não”) de acordo com a forma como se tem sentido na última semana. Se o indivíduo responder “Sim” nos itens 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, atribuir-se-á um ponto a cada um destes itens, caso contrário, ou seja, se o sujeito responder “Não” a alguma destas mesmas questões, a pontuação a atribuir será de zero pontos. Cota-se igualmente com um ponto por item se o sujeito responder “Não” nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e com zero pontos se a sua resposta for “Sim”. No final, a pontuação total é dada pela soma aritmética dos pontos atribuídos a cada um dos itens.

Para quantificação dos resultados procede-se à seguinte classificação: 0-10 ausência de depressão; 11-20 depressão ligeira; 21-30 depressão grave. (vd. Anexo III)

### **4.4 Escala de Ânimo de Lawton**

A Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton foi desenvolvida por Lawton (1975), especificamente para a população idosa, encontra-se traduzida e aferida para a população portuguesa por Paúl (1992), sendo vulgarmente denominada de Escala de Ânimo, exatamente pelo facto de avaliar o “estado de ânimo”, considerado como um conceito multidimensional de Bem-Estar Psicológico. Paúl (2005) considera que “o estado psicológico do idoso, medido pelo respetivo ânimo/satisfação de vida, é um indicador preciso do seu Bem-Estar” (p. 84).

A versão original da escala incluía 17 itens na última versão, e o estudo de adaptação à população portuguesa conservou 14 itens (Paúl, 1992).



A presente escala avalia três aspectos do bem-estar psicológico de idosos: 1) a Solidão-Insatisfação (itens 2, 3, 5, 13 e 14) que corresponde a uma avaliação subjetiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resulta ou não, num sentimento de solidão e insatisfação; 2) as Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (itens 8, 9, 10, 11 e 12), em forma de balanço entre a vida passada e a presente; 3) a Agitação (itens 1, 4, 6 e 7), correspondendo a manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência, ou a um gradiente dessa componente (Paúl, 1992).

Os itens consistem em afirmações que os respondentes devem assinalar se aplica ou não a eles, numa escala dicotômica sim/não. A cotação desta escala é feita da seguinte forma, cada resposta de “ânimo elevado” atribui-se um ponto, e a cada resposta de “baixo ânimo” ou item não respondido atribui-se zero pontos, podendo o total na escala variar de zero a catorze pontos. (vd. Anexo IV)

## **5.Tratamento dos Dados**

Para a aplicação dos questionários, foi solicitado por escrito, um pedido de autorização (vd. Anexo V) à instituição interveniente, UCCI que consentiu o desenvolvimento do estudo, nas tipologias de Convalescença, MDR e LDM.

Para a realização deste estudo foram considerados os princípios e direitos éticos fundamentais que determinam qualquer investigação. O consentimento informado escrito faz parte do questionário. Foi ainda transmitido o objetivo do estudo, numa linguagem acessível, assim como o esclarecimento de dúvidas. A participação no estudo foi voluntária e considerou a assinatura de um consentimento escrito, tendo sido garantida a confidencialidade dos participantes em todo o decorrer do estudo.

O processo de recolha dos dados decorreu durante o mês de Julho de 2012.

No presente estudo a análise descritiva foi efetuada com o apoio do programa estatístico, SPSS versão 20.

As variáveis quantitativas são expressas em média; desvio padrão; mínimo e máximo e percentagem. As variáveis categóricas/dicotómicas são apresentadas em frequências absolutas e relativas.



## ***Capítulo II – Apresentação dos Resultados***

### **1. Apresentação dos Resultados**

#### **1.1 Resultados obtidos através da aplicação do Questionário Sócio-Demográfico**

Este questionário é constituído por oito itens e pretende recolher os dados sócio-demográficos referentes à idade, género, nível de escolaridade, estado civil, profissão, rendimentos, a coabitação, concelho e distrito da área residência.

No estudo a distribuição segundo a idade, Tabela 6, verifica-se que predomina os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos com 40,8% da amostra global. Nas unidades verifica-se que a UC e a ULDM apresentam os inquiridos mais novos (65 a 74 anos) com 41,2% e 50%. Na UMDR, 40% dos inquiridos têm idades compreendidas entre 75 a 84 anos. A ULDM apresenta também os inquiridos mais velhos (85 a 94 anos) com 50%.

**Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos por Idade**

<b>Idades</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
65-74	<b>24</b>	<b>40,8</b>	<b>7</b>	<b>41,2</b>	11	36,6	<b>6</b>	<b>50,0</b>
75-84	21	35,7	6	35,3	<b>12</b>	<b>40,0</b>	0	0,0
85-94	14	23,8	4	23,5	7	23,3	<b>6</b>	<b>50,0</b>

Quanto ao género, Tabela 7, verifica-se a predominância do sexo feminino com 74,6% da amostra global. Nas unidades o sexo feminino prevalece na UC (64,7%), na UMDR (70%) e na ULDM (100%).

**Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos por Género**

Género	Amostra Geral		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	15	25,4	6	35,3	9	30	0	0
Feminino	<b>44</b>	<b>74,6</b>	<b>11</b>	<b>64,7</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Analizando as habilitações literárias, Tabela 8, a maioria dos inquiridos frequentou 1º ciclo do ensino básico com 52,5%. Nas unidades 1º Ciclo do ensino básico prevalece na UC (52,9%), na UMDR (56,7%) e na ULDM (41,7%).

**Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos por Nível de Escolaridade**

Nível de escolaridade	Amostra Global		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não frequentou ensino formal	14	23,7	4	23,5	8	26,7	2	16,7
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)	<b>31</b>	<b>52,5</b>	<b>9</b>	<b>52,9</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>5</b>	<b>41,7</b>
2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)	7	11,9	3	17,6	3	10	1	8,3
3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano)	3	5,1	1	5,9	1	3,3	1	8,3
Ensino Secundário	2	3,4	0	0	1	3,3	1	8,3
Ensino Superior	2	3,4	0	0	0	0	2	16,7





No que concerne ao estado civil, Tabela 9, é possível aferir que maioria dos indivíduos que compõem amostra global são viúvos com 37,3%. Na UC 47,1% são viúvos, na UMDR 40% são casados e na ULDM são 33,3% solteiros.

**Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos por Estado Civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>Amostra Global</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteiros	12	20,3	3	17,6	5	16,7	<b>4</b>	<b>33,3</b>
Casados	19	32,2	5	29,4	<b>12</b>	<b>40</b>	2	16,7
Viúvos	<b>22</b>	<b>37,3</b>	<b>8</b>	<b>47,1</b>	11	36,7	3	25
Separados /Divorciados	6	10,2	1	5,9	2	6,7	3	25

Ao nível dos rendimentos, Tabela 10, a maioria dos elementos que compõe amostra global auferem pensões no valor de 201€ a 500 € com 76,3%. Nas unidades as pensões no valor de 201€ a 500€ prevalece na UC (70,6%), na UMDR (80%) e na ULDM (75%).

**Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos por Rendimentos**

<b>Reforma/pensão</b>	<b>Amostra Global</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 200€	5	8,5	1	5,9	3	10	1	8,3
De 201€ a 500€	<b>45</b>	<b>76,3</b>	<b>12</b>	<b>70,6</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>9</b>	<b>75</b>
De 501€ a 1000€	7	11,9	4	23,5	2	6,7	1	8,3
De 1001€ a 1500€	1	1,7	0	0	0	0	1	8,3
Mais de 1501€	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0



Relativamente a coabitação, Tabela 11, a maioria dos elementos da amostra global vivem sozinhos com 54,2%. Nas unidades prevalece os que residem sós na UC (64,7%), na UMDR (46,7%) e na ULDM (58,3%).

**Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos em função da Coabitação**

Coabitação	Amostra Global		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sozinho	32	54,2	11	64,7	14	46,7	7	58,3
Casal	19	32,2	5	29,4	11	36,7	3	25
Família alargada	8	13,6	1	5,9	5	16,7	2	16,7

A atividade profissional desenvolvida durante a vida ativa, Tabela 12, maioria dos indivíduos que compõe amostra global eram agricultores (28,8%). Na UC e na UMDR a maioria trabalhou no sector agrícola com 41,2% e 30%. Na ULDM 25% eram domésticas.

**Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos por Profissão**

Profissão	Amostra Global		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Agricultor	17	28,8	7	41,2	9	30	1	8,3
Armador de ferro	1	1,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Bancário	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Camareira de Hotel	1	1,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Comerciante	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Construção Civil	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Costureira	5	8,5	1	5,9	3	10	1	8,3
Cozinheira	2	3,4	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Decoradora	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3



Doméstica	7	11,9	1	5,9	3	10	<b>3</b>	<b>25</b>
Empregada de Balcão	1	1,7	0	0,0	2	6,7	2	16,7
Empregada de Escritório	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Empregada de limpeza	1	1,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Empregada doméstica	4	6,8	0	0,0	3	10	1	8,3
Empregado de Balcão	3	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Empregado de Comércio	1	1,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Empresário	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Engenheira Civil	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Escriturário	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Espartelheira	1	1,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Funcionário da CP	1	1,7	1	5,9	0	0	0	0
Funcionário Público	1	1,7	1	5,9	0	0	0	0
Mecânico	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0
Oleira	1	1,7	1	5,9			0	0
Padeira	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0
Pasteleiro	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0
Técnico de Contas	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0

A área geográfica de residência dos inquiridos tendo em conta o Concelho, Tabela 13, verifica-se que maioria é proveniente do Concelho de Lisboa (27,1%). O Concelho de Lisboa prevalece na UC (23,5%) e na UMDR (30%). Na ULDM prevalecem os Concelhos de Lisboa e Sintra ambos com 25%.

**Tabela 13 – Distribuição dos inquiridos por Concelho**

Concelhos	Amostra Global		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alenquer	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Amadora	5	8,5	2	11,8	2	6,7	1	8,3
Arruda dos Vinhos	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Cadaval	1	1,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Caldas da Rainha	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Cascais	3	5,1	0	0,0	1	3,3	2	16,7
Lisboa	<b>16</b>	<b>27,1</b>	<b>4</b>	<b>23,5</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>25</b>
Loures	7	11,9	3	17,6	3	10	1	8,3
Lourinhã	2	3,4	2	11,8	0	0,0	0	0,0
Mafra	2	3,4	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Odivelas	2	3,4	1	5,9	1	3,3	0	0,0
Oeiras	2	3,4	0	0	2	6,7	0	0
Sintra	8	13,6	2	11,8	3	10	<b>3</b>	<b>25</b>
Torres Vedras	8	13,6	2	11,8	5	16,7	1	8,3

Tendo em conta o Distrito, Tabela 14, verifica-se que maioria é proveniente do Distrito de Lisboa (98,3%). Na UMDR 3,3% é do Distrito de Leiria, sendo a restante amostra pertence ao Distrito de Lisboa.

**Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos por Distrito**

Distrito	Amostra Geral		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Leiria	1	1,7	0	0	<b>1</b>	<b>3,3</b>	0	0
Lisboa	<b>58</b>	<b>98</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>96,7</b>	<b>12</b>	<b>100</b>



## **1.2 Resultados obtidos através da aplicação da Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody**

Lawton & Brody em 1969 desenvolveram uma escala que pretendia medir nível de independência da pessoa idosa. O interesse neste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de atividades: Cuidados Pessoais; Cuidados Domésticos; Trabalho, Recreação/Lazer; Compras e Gestão do Dinheiro; Locomoção; Comunicação; Relações Sociais.

O grupo dos Cuidados Pessoais remete para aptidão que o indivíduo tem em cuidar de si e em realizar determinadas tarefas da sua vida diária, nomeadamente ao nível da alimentação, do vestir, do banho, das eliminações fisiológicas, da toma da medicação e da sua aparência pessoal. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 15.

Verifica-se que, na alimentação a maioria dos inquiridos alimenta-se normalmente 64,4% na amostra global, 82,4% na UC e 66,7% na UMDR, os inquiridos que apresentam maior necessidade de ajuda é na ULDM com 50%. No vestir, apenas 41,2% na UC vestem-se normalmente, os restantes necessitam de ajuda para vestir-se 55,9% na amostra global, 60% na UMDR e 75% na ULDM.

A maioria dos inquiridos tomam banho sozinhos mas com assistência, na amostra global (55,9%), na UC (47,1%), na UMDR (60%) e na ULDM (58,3%).

Nas eliminações fisiológicas, precisam de ajuda para atividade na amostra global (52,5%), na UC (41,2%), na UMDR (53,3%) e na ULDM (66,7%).

Na medicação, a maioria necessitam que lhe dêem a medicação, na amostra global (61%), na UC (41,2%) na UMDR (60%) e na ULDM (91,7%). Na UC verifica-se que 41,2% toma a medicação sem ajuda.

A maioria refere ter os mesmos cuidados na aparência pessoal, na amostra global (64,4%), na UC (70,6%), na UMDR (70,6%) e na ULDM (50%)

**Tabela 15 – Cuidados Pessoais**

<b>Alimentação</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>38</b>	<b>64,4</b>	<b>14</b>	<b>82,4</b>	<b>20</b>	<b>66,7</b>	4	33,3
Independente, mas lento	3	5,1	1	5,9	2	6,7	0,0	0,0
Necessita de ajuda para cortar ou servir	16	27,1	2	11,8	8	26,7	<b>6</b>	<b>50,0</b>
Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições	2	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2	16,7
<b>Vestir</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	10	16,9	<b>7</b>	<b>41,2</b>	1	3,3	2	16,7
Independente, mas lento(a)	16	27,1	4	23,5	11	36,7	1	8,3
Sequência errada, esquece itens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Necessita de ajuda para vestir-se	<b>33</b>	<b>55,9</b>	6	35	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>9</b>	<b>75,0</b>
<b>Banho</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	9	15,3	4	23,5	3	10,0	2	16,7
Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toma banho sozinho(a) com assistência	<b>33</b>	<b>55,9</b>	<b>8</b>	<b>47,1</b>	<b>18</b>	<b>60,0</b>	<b>7</b>	<b>58,3</b>
Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros	17	28,8	5	29,4	9	30,0	3	25,0
<b>E. Fisiológicas</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vai à casa de banho sozinho(a)	17	28,8	6	35,3	9	30,0	2	16,7
Vai à casa de banho quando lembrado (a); pequenos problemas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Precisa de ajuda para a atividade	<b>31</b>	<b>52,5</b>	<b>7</b>	<b>41,2</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>	<b>8</b>	<b>66,7</b>



Não tem controlo sobre o esfíncter anal e/ou vesical	11	18,6	4	23,5	5	16,7	2	16,7
<b>Medicação</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Toma sem ajuda	15	25,4	7	41,2	7	23,3	1	8,3
Lembra-se quando a medicação é deixada em lugar em local especial	3	5,1	1	5,9	2	6,7	0,0	0,0
Necessita de lembretes escritos ou falados	5	8,5	2	11,8	3	10,0	0,0	0,0
Necessita que outros lhe dêem a medicação	36	61,0	7	41,2	18	60,0	11	91,7
<b>Aparência pessoal</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
O mesmo de sempre	38	64,4	12	70,6	12	70,6	6	50,0
Interessa-se quando vai sair, mas não em casa	3	5,1	1	5,9	1	5,9	0,0	0,0
Preocupa-se apenas quando solicitado	5	8,5	1	5,9	1	5,9	1	8,3
É necessário ser vestido(a) por terceiros	13	22,0	3	17,6	3	17,6	5	41,7

O grupo dos Cuidados Domésticos remete para capacidade que o indivíduo tem em realizar determinadas tarefas domésticas, nomeadamente na preparação da alimentação (cozinhar), na arrumação da mesa, nos trabalhos domésticos, nas tarefas domésticas e no lavar da roupa. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 16.

Verifica-se que a maioria dos inquiridos não executa nenhuma das cinco tarefas dos Cuidados Domésticos.

Na ULDM os inquiridos são totalmente dependentes nos cuidados domésticos.

**Tabela 16 – Cuidados Domésticos**

<b>Preparação da alimentação, cozinha</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Planeia e prepara a refeição sem dificuldades	2	3,4	2	11,8	2	6,7	0	0
Cozinha, mas menos que o habitual ou com menos variedade	4	6,8	2	11,8	0,0	0,0	0	0
Prepara a refeição com ajuda (ingredientes previamente selecionados)	7	11,9	3	17,6	4	13,3	0	0
Incapaz de preparar a comida	<b>46</b>	<b>78,0</b>	<b>10</b>	<b>58,8</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Arrumação da mesa</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	7	11,9	5	29,4	2	6,7	0	0
Independente, mas lento(a)	8	13,6	2	11,8	6	20	0	0
Esquece-se de itens ou coloca-os em local errado	0	0	0	0	0	0	0	0
Não realiza esta atividade	<b>44</b>	<b>74,6</b>	<b>10</b>	<b>58,8</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Trabalhos domésticos</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mantém a casa como de costume	4	6,8	3	17,6	1	3,3	0	0
Faz apenas metade do seu trabalho	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0
Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços	7	11,9	4	23,5	3	10	0	0
Não cuida da casa	<b>47</b>	<b>79,7</b>	<b>10</b>	<b>58,8</b>	<b>25</b>	<b>83,3</b>	<b>12</b>	<b>100</b>





<b>Tarefas domésticas</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Realiza todos os arranjos habituais	1	1,7	1	5,9	0	0	0	0
Realiza pelo menos metade dos trabalhos habituais	3	5,1	2	11,8	1	3,3	0	0
Ocasionalmente faz pequenos arranjos	9	15,3	4	23,5	5	16,7	0	0
Não faz nenhum trabalho	<b>46</b>	<b>78,0</b>	<b>10</b>	<b>58,8</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Lavar a roupa</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lava-as como de costume (rotina)	2	3,4	2	11,8	0	0	0	0
Lava com menos frequência	6	10,2	3	17,6	3	10	0	0
Lava apenas quando lembrado	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Não lava as roupas	<b>51</b>	<b>86,4</b>	<b>12</b>	<b>70,6</b>	<b>27</b>	<b>90</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

O grupo Trabalho, Recreação/Lazer remete para capacidade que o indivíduo tem em trabalhar, nas organizações e nas viagens. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 17.

Verifica-se que a maioria dos inquiridos não trabalha, não participa em atividades recreativas e não comparece a encontros.

Nas viagens, os inquiridos viajam com ajuda de alguém, 33,9% da amostra global, 40% na UMDR e 25% na ULDM. Limitados à casa ou ao hospital, 33,9% da amostra global, 52,9% na UC e 25% na ULDM.

**Tabela 17 – Trabalho, Recreação/Lazer**

<b>Trabalho</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabalha normalmente	0	0	0	0	0	0	0	0
Problemas leves com responsabilidades de rotina	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0
Trabalha em atividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto	3	5,1	2	11,8	1	3,3	0	0
Não trabalha	<b>55</b>	<b>93,2</b>	<b>15</b>	<b>88,2</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Recreação</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
A habitual	5	8,5	2	11,8	2	6,7	1	8,3
Atividade menos frequente	16	27,1	3	17,6	11	36,7	2	16,7
Perdeu certas habilidades necessárias para atividades recreativas	1	1,7	0	0	1	3,3	0	0
Não participa em atividades recreativas	<b>37</b>	<b>62,7</b>	<b>12</b>	<b>70,6</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>	<b>9</b>	<b>75</b>
<b>Organizações</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Comparece a encontros	3	5,1	1	5,9	2	6,7	1	8,3
Comparece menos frequentemente	17	28,8	7	41,2	9	30,0	3	25,0
Comparece ocasionalmente	5	8,5	0	0,0	2	6,7	0	0,0
Não comparece a encontros	<b>34</b>	<b>57,6</b>	<b>9</b>	<b>52,9</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>8</b>	<b>66,7</b>
<b>Viagens</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
O habitual	1	1,7	1	5,9	10	33,3	0	0,0
Viaja com ajuda de alguém	<b>20</b>	<b>33,9</b>	7	41,2	<b>12</b>	<b>40,0</b>	<b>3</b>	<b>25,0</b>
Viaja com ajuda de cadeira de rodas	18	30,5	0	0,0	0	0	6	50
Limitado(a) à casa ou ao hospital	<b>20</b>	<b>33,9</b>	<b>9</b>	<b>52,9</b>	8	26,7	<b>3</b>	<b>25,0</b>



O grupo das Compras e Gestão do Dinheiro remete para capacidade que o indivíduo tem em realizar compras, gerir o dinheiro e administrar as finanças. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 18.

Verifica-se que a maioria dos inquiridos não faz compras, não gere o dinheiro nem as finanças.

**Tabela 18 – Compras e Gestão do Dinheiro**

<b>Compras</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	4	6,8	3	17,6	1	3,3	0	0
Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários	0	0	0	0,0	0	0	0	0
Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras	9	15,3	3	17,6	5	16,7	1	8,3
Não faz as compras	<b>46</b>	<b>78,0</b>	<b>11</b>	<b>64,7</b>	<b>24</b>	<b>80,0</b>	<b>11</b>	<b>91,7</b>
<b>Gestão do Dinheiro</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	13	22,0	6	35,3	7	23,3	0	0
Tem dificuldade em pagar valores exatos, contar o dinheiro	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Perde o coloca o dinheiro em local errado	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Não gere o dinheiro	<b>46</b>	<b>78,0</b>	<b>11</b>	<b>64,7</b>	<b>23</b>	<b>76,7</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Administração das Finanças</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pagamento de contas e serviços bancários normais	12	20,3	6	35,3	6	20	0	0
Paga contas atrasadas, dificuldades em preencher cheques	0	0,0	0	0	0	0	0	0



Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita de ajuda de terceiros	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Não gere as finanças	47	79,7	11	64,7	24	80	12	100

O grupo Locomoção remete para capacidade que o indivíduo tem em deslocar-se, nomeadamente em transportes públicos, na condução de veículos, na mobilidade pela vizinhança e na locomoção fora de locais familiares. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 19.

Verifica-se que a maioria dos inquiridos não usa transportes públicos, não conduz e só sai acompanhado.

Na locomoção fora de locais familiares, os inquiridos ficam muito desorientados, necessitam de ser acompanhados, 47,5% da amostra global, 35,3% na UC, 43,3% na UMDR e 75% na ULDM. Na UC 35,3% não é capaz de sair sozinho ou acompanhado.

**Tabela 19 – Locomoção**

Transporte	Amostra Geral		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Utiliza transporte público normalmente	1	1,7	1	5,9	0	0	0	0
Utiliza transporte público menos frequentemente	2	3,4	2	11,8	0	0	0	0
Perde-se quando utiliza transporte público	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Não usa transporte público	56	94,9	14	82,4	30	100	12	100
<b>Condução de veículos</b>	N	%	N	%	N	%	N	%
Conduz normalmente	0	0	0	0	0	0	0	0
Conduz com cuidado	0	0	0	0	0	0	0	0
Dificuldades em conduzir; perde-se enquanto conduz	0	0	0	0	0	0	0	0
Não conduz	59	100,0	17	100,0	30	100	12	100



<b>Mobilidade pela vizinhança</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	7	11,9	2	11,8	4	13,3	1	8,3
Sai de casa menos frequentemente	8	13,6	4	23,5	4	13,3	0	0
Perde-se nas proximidades da casa	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0
Só sai acompanhado(a)	<b>43</b>	<b>72,9</b>	<b>11</b>	<b>64,7</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>11</b>	<b>91,7</b>
<b>Locomoção fora de locais familiares</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	14	23,7	5	29,4	8	26,7	1	8,3
Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)	<b>28</b>	<b>47,5</b>	<b>6</b>	<b>35,3</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>	<b>9</b>	<b>75</b>
Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)	17	28,8	<b>6</b>	<b>35,3</b>	9	30	2	16,7

O grupo da Comunicação remete para capacidade que o indivíduo tem em comunicar, nomeadamente no uso do telefone, em conversar, na compreensão, na leitura e na escrita. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 20.

Verifica-se que apenas na ULDM 58,3% dos inquiridos não usa o telefone.

A maioria apresenta uma conversação normal e compreende tudo o que lhe é dito, não leem e não escrevem.

**Tabela 20 – Comunicação**

<b>Uso de telefone</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	<b>25</b>	<b>42,4</b>	<b>8</b>	<b>47,1</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>	4	33,3
Telefona apenas para alguns números familiares	4	6,8	1	5,9	3	10,0	0	0,0
Apenas atende o telefone	7	11,9	2	11,8	4	13,3	1	8,3
Não usa o telefone	23	39,0	6	35,3	10	33,3	<b>7</b>	<b>58,3</b>
<b>Conversas</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	<b>52</b>	<b>88,1</b>	<b>13</b>	<b>76,5</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>	<b>11</b>	<b>91,7</b>
Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras	7	11,9	4	23,5	2	6,7	1	8,3
Comete erros ocasionais de linguagem	0	0,0	0	0	0	0	0	0
A fala é quase ininteligível	0	0,0	0	0	0	0	0	0
<b>Compreensão</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Compreende tudo o que lhe é dito	<b>51</b>	<b>86,4</b>	<b>15</b>	<b>88,2</b>	<b>26</b>	<b>86,7</b>	<b>10</b>	<b>83,3</b>
Solicita repetição para compreender	7	11,9	2	11,8	4	13,3	1	8,3
Ocasionalmente tem dificuldades em compreender conversações ou palavras específicas	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Não compreende o que pessoas as falam na maior parte do tempo	1	1,7	0	0	0	0	1	8,3
<b>Leitura</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	7	11,9	3	17,6	4	13,3	0	0
Lê com menor frequência	17	28,8	4	23,5	9	30	4	33,3
Não tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Não lê	<b>35</b>	<b>59,3</b>	<b>10</b>	<b>58,8</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>8</b>	<b>66,7</b>
<b>Escrita</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	



	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	3	5,1	2	11,8	1	3,3	0	0
Escreve com menos frequência, dá erros ocasionais	11	18,6	3	17,6	6	20,0	2	16,7
Apenas assina o nome	17	28,8	4	23,5	11	36,7	2	16,7
Não escreve	<b>28</b>	<b>47,5</b>	<b>8</b>	<b>47,1</b>	<b>12</b>	<b>40,0</b>	<b>8</b>	<b>66,7</b>

O grupo Relações Sociais remete para capacidade que o indivíduo tem em relacionar-se com os familiares, crianças e amigos. Os dados encontram-se sintetizados na Tabela 21.

Verifica-se que a maioria dos inquiridos tem relações normais com os familiares e crianças. Na ULDM os inquiridos são incapazes de cuidar de crianças.

A maioria aceita visitas mas não procura companhia. Na UMDR 50% encontra-se com os amigos com menos frequência.

**Tabela 21 – Relações Sociais**

<b>Relações Familiares</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normais	<b>48</b>	<b>81,4</b>	<b>13</b>	<b>76,5</b>	<b>25</b>	<b>83,3</b>	<b>10</b>	<b>83,3</b>
Pequenos problemas	5	8,5	2	11,8	2	6,7	1	8,3
Sérios problemas	5	8,5	1	5,9	0	0,0	1	8,3
Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos	1	1,7	1	5,9	3	10	0	0
<b>Relações familiares (crianças)</b>	<b>Amostra Geral</b>		<b>UC</b>		<b>UMDR</b>		<b>ULDM</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normais	<b>56</b>	<b>94,9</b>	<b>15</b>	<b>88,2</b>	<b>29</b>	<b>96,7</b>	0	0
Facilmente irritável, punições intempestivas	2	3,4	1	5,9	1	3,3	0	0
Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
Incapaz de cuidar das crianças	1	1,7	1	5,9	0	0	<b>12</b>	<b>100,0</b>



Amigos	Amostra Geral		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Encontra os amigos com a mesma frequência	2	3,4	1	5,9	1	3,3	0	0
Encontra os amigos com menor frequência	26	44,1	6	35,3	<b>15</b>	<b>50,0</b>	5	41,7
Aceita visitas, mas não procura companhia	<b>30</b>	<b>50,8</b>	<b>9</b>	<b>52,9</b>	14	46,7	<b>7</b>	<b>58,3</b>
Recusa a vida social; insulta os visitantes	1	1,7	1	5,9	0	0	0	0

### 1.3 Resultados obtidos através da aplicação da Escala Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, 1983) é a única criada especificamente para a população idosa. Ela compreende trinta questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana.

Ao nível da Escala de Depressão Geriátrica os principais resultados descritivos apresentados, Tabela 22, na amostra global verifica-se que 34 idosos apresentam uma depressão ligeira com 57,6%.

Na UC 10 idosos apresentam, segundo a referida escala, uma depressão ligeira o que equivale a 58,8 %, 5 idosos apresentam ausência de depressão corresponde a 29,4% e 2 idosos apresentam depressão grave, corresponde a 11,8%.

Na UMDR 16 idosos apresentam, uma depressão ligeira que equivale a 53,3%, 9 idosos apresentam depressão grave, corresponde a 30% e 5 idosos apresentam ausência de depressão que corresponde a 16,7%.

Na ULDM 8 idosos apresentam, uma depressão ligeira que corresponde a 66,7%, 3 idosos apresentam depressão grave que equivale a 25% e 1 idoso apresenta ausência de depressão corresponde a 8,3%.



**Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos pelos Níveis de Depressão**

Níveis de Depressão	Amostra Global		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausência de depressão	11	18,6	5	29,4	5	16,7	1	8,3
Depressão ligeira	<b>34</b>	<b>57,6</b>	<b>10</b>	<b>58,8</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>	<b>8</b>	<b>66,7</b>
Depressão grave	14	23,7	2	11,8	9	30	3	25

#### 1.4 Resultados obtidos através da aplicação da Escala de Ânimo de Lawton

A Escala de Ânimo de Lawton, indicador de satisfação de vida, avalia três aspetos do bem-estar psicológico dos idosos: Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao próprio envelhecimento e Agitação. Estas três dimensões avaliam multidimensionalmente um índice global de ânimo, em termos de bem-estar geral.

Ao nível da Escala de Ânimo os principais resultados descritivos apresentados, Tabela 23, na amostra global a pontuação média obtida mais elevada foi na dimensão solidão / insatisfação (M= 2; DP= 1,45).

Na UC a pontuação média obtida mais elevada foi na dimensão solidão / insatisfação (M= 2,53; DP= 1,77). Na UMDR a pontuação média mais elevada foi na dimensão solidão / insatisfação (M= 1,90; DP= 1,29). Na ULDM a pontuação média mais elevada foi na dimensão agitação (M= 2,67; DP= 0,77).

A pontuação mais baixa nas três tipologias foi dimensão atitudes face ao próprio envelhecimento.

**Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos pelo Nível de Ânimo**

Nível de Ânimo		Solidão - Insatisfação	Atitudes face ao próprio Envelhecimento	Agitação
<b>Amostra Global</b>	<b>N</b>	59	59	59
	<b>M</b>	<b>2</b>	1,05	1,98
	<b>DP</b>	<b>1,45</b>	1,15	1,1
	<b>Min</b>	0	0	0
	<b>Max</b>	5	5	4
<b>UC</b>	<b>N</b>	17	17	17
	<b>M</b>	<b>2,53</b>	0,82	2
	<b>DP</b>	<b>1,77</b>	1,13	1,22
	<b>Min</b>	0	0	0
	<b>Max</b>	5	4	4
<b>UMDR</b>	<b>N</b>	30	30	30
	<b>M</b>	<b>1,9</b>	1,2	1,7
	<b>DP</b>	<b>1,29</b>	0,99	1,05
	<b>Min</b>	0	0	0
	<b>Max</b>	5	4	4
<b>ULDM</b>	<b>N</b>	12	12	12
	<b>M</b>	1,5	1	<b>2,67</b>
	<b>DP</b>	1,16	1,53	<b>0,77</b>
	<b>Min</b>	0	0	1
	<b>Max</b>	4	5	4



### ***Capítulo III - Discussão dos Resultados***

Com a discussão dos resultados pretende-se responder à questão de partida, assim como aos objetivos definidos para este estudo.

#### **Caracterização sócio-demográfica**

Ao nível dos aspetos sócio-demográficos, os participantes da nossa amostra apresentam idades compreendidas entre os 65 e 74 anos com 40,8% da amostra global. A UC e a ULDM apresentam os inquiridos mais novos (65 a 74 anos) com 41,2% e 50%. Na UMDR 40% dos inquiridos têm idades compreendidas entre 75 a 84 anos. Na ULDM verificou-se também os inquiridos mais velhos (85 a 94 anos) com 50%.

Segundo o Relatório de Monitorização da RNCCI (2012), 85,4% dos utentes referenciados em 2011 tem mais de 65 anos e 39% tem mais de 80 anos.

Verificou-se a predominância do género feminino com 74,6% da amostra. São variadíssimos os estudos sobre idosos, em que o predomínio feminino se verifica. Os fatores que contribuem para esta tendência prendem-se com a relação de masculinidade, os efeitos de sobre mortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e da esperança de vida, que, como se sabe, é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2012).

No Relatório de Monitorização da RNCCI (2012), 46% dos utentes referenciados em 2011 com mais de 65 anos eram mulheres.

Relativamente ao estado civil, 37,3% são viúvos na amostra global, 47,1% são viúvos na UC, 40% são casados na UMDR e 33,3% são solteiros na ULDM. Considerando a variável estado civil, constatámos que a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos desta amostra. Não há dúvida que a dissolução familiar, essencialmente por morte do cônjuge, adquire neste estrato populacional uma importância crescente que não se verifica em grupos etários mais jovens.

Os Censos de 2011 indicam que 81% da população portuguesa é viúva, sendo maioritariamente feminina.

Os idosos inquiridos neste estudo, vivem na sua maioria sozinhos, totalizando 54,2% do total amostra. Estes dados podem explicar que a falta de um cuidador disponível,



como o cônjuge ou outros familiares aumenta a probabilidade de institucionalização, de forma garantir os cuidados necessários para o seu bem-estar.

Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964) ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 ou mais anos (804 577) aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011. É nas regiões de Lisboa (22%), Alentejo (22%) e Algarve (21%) que se verificam as mais elevadas percentagens de idosos vivendo sós. (Censos, 2011)

Em 2008, a percentagem de pessoas que viviam sós e que ingressaram na RNCCI, era de 13%. Em 2010 foi de 21,7%, sobreponível a 2009 (20,7%) e em 2011 (21%), evidenciando o papel da RNCCI nas respostas a situações de isolamento que simultaneamente têm necessidades de Saúde e Sociais. (UMCCI, 2012)

A situação económica da maioria (76,3%) reflete a ideia que os idosos em estudo se encontram em grande número no limiar da pobreza. Dispor mensalmente de rendimentos compreendidos entre os 201€ a 500€ significa não ter disponibilidade económica para satisfazer as necessidades básicas e viver condignamente. Estas são agravadas em muitos casos pelos gastos adicionais em saúde e medicamentos, devido à fraca saúde que apresentam.

Os dados da OCDE confirma igualmente o baixo nível de rendimento da população idosa, no relatório *Pensions at a Glance 2011*. Neste relatório, refere-se que em Portugal, a percentagem da população com mais de 65 anos e cujo rendimento é inferior a 50 % do rendimento mediano dos agregados domésticos, situava-se nos 16,6 %, enquanto para o total dos países da OCDE o valor é de 13,5 %. (Soares & Fialho, 2011)

A taxa de analfabetismo da amostra é de 23,7%, havendo 52,5% de idosos com a escolaridade básica e 3,4% com o ensino secundário. Relativamente à escolaridade, verificou-se que os baixos níveis de escolaridade são predominantes, o que não nos surpreende, considerando que os dados nacionais revelam que a maioria da população idosa não possui qualquer nível de instrução completo.

Segundo o Relatório de Monitorização da RNCCI (2012) os utentes referenciados apresentam baixa escolaridade, 28% sem escolaridade, 61% com escolaridade até 6 anos, com um total de 89%.

Associados aos resultados para a variável escolaridade, estão os dados relativos às profissões que os sujeitos da nossa amostra desempenharam ao longo das suas vidas. A



maior parte das profissões mencionadas eram de facto não qualificadas, sendo a agricultura e o trabalho doméstico as mais referidas.

A maioria dos elementos da amostra é proveniente do Distrito de Lisboa e dos Concelhos limítrofe.

### **Avaliação da funcionalidade**

Para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o fator mais importante na manutenção da qualidade de vida por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002)

Para Sousa (2008, cit. por Drago & Martins, 2012) os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais (como vestir-se, lavar-se e cuidar de si) e atividades instrumentais que possam servir para a manutenção da vida diária (de estar orientado no tempo e no espaço, possibilidade de fazer compras, de telefonar ou de efetuar pagamentos).

Os resultados obtidos da aplicação da Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody, revelam que os sujeitos na ULDM precisam de ajuda para alimentar-se (50%), vestir-se (75%), lavar-se (58,3%) e nas eliminações fisiológicas (66, 7%). Na UMDR necessitam de ajuda para vestir-se (60%), lavar-se (60%) e nas eliminações fisiológicas (53,3%). Na UC carecem de ajuda para lavar-se (47,1%) e nas eliminações fisiológicas (41,2%).

Na ULDM não utilizam o telefone (58,3%), precisam de ajuda na toma da medicação (91,7%), viajam com ajuda de alguém (25%), limitados à casa ou ao hospital (25%), na locomoção fora de locais familiares necessitam de ser acompanhados (75%), são incapazes de cuidar de crianças (100%) e encontram-se com os amigos com menos frequência (50%). Na UMDR precisam de ajuda na toma da medicação (60%), viajam com ajuda de alguém (40%), na locomoção fora de locais familiares necessitam de ser acompanhados (43,3%). Na UC precisam de ajuda na toma da medicação (41,2%), limitados à casa ou ao hospital (52,9%) e na locomoção fora de locais familiares necessitam de ser acompanhados (35,3%).

Observou-se nas três tipologias que a maioria dos inquiridos não trabalha, não participa em atividades recreativas, não comparece a encontros, não faz compras, não gere o dinheiro nem as finanças, não usa transportes públicos, não conduz e só sai



acompanhado. Apresentam uma conversação normal e compreendem tudo o que lhe é dito, não leem e não escrevem. Têm relações normais com os familiares e crianças. A maioria aceita visitas mas não procura companhia.

Os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Lawton e Brody, sugerem a presença de idosos dependentes nos vários grupos de atividade. Os níveis de dependência mais elevados estão ainda associados a utentes internados em ULDM, o que está de acordo com o facto de estas unidades estarem destinadas a receber os indivíduos em situação de maior dependência.

Os principais motivos de referenciação de utentes para ULDM é dependência AVD's, cuja causa esta associada a doenças do tipo Alzheimer, doença de Parkinson, AVC, demências e doenças degenerativas, tratamento de feridas/úlceras de pressão, manutenção de dispositivos e deterioração cognitiva. (UMCCI, 2012)

Na UC e UMDR as principais propostas de referenciação é dependência AVD's, reabilitação, que está na maioria relacionado com fraturas (colo fémur, úmero), AVC, doenças cardiovasculares, síndrome de imobilidade prolongada, controlo de sintomas, ensino utente/cuidador informal e cuidados pós-cirúrgicos. (UMCCI, RMD, 2012, p.34)

A UC e UMDR têm como objetivos a melhoria da autonomia global, enquanto a ULDM tem como objetivo manter as capacidades existentes.

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI sobre a atividade desenvolvida em 2011, os utentes incapazes e dependentes na admissão em 2011 representam 94%, valor sobreponível a 2009 e 2010. (UMCCI, 2012)

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crónico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crónicas. E o aumento no número de doenças crónicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional.

Estudos (Alves, 2007) demonstraram que as doenças crónicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a possibilidade do idoso ser dependente nas AIVD's, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Também devemos considerar que a associação entre diabetes mellitus e incapacidade funcional é devida a múltiplos



fatores porque esta doença está relacionada, sobretudo, a complicações vasculares e neuropáticas que, conseqüentemente, afetam a capacidade funcional.

Outros estudos demonstram que fatores sócio-demográficos como idade, sexo e educação têm influência sobre a capacidade funcional do idoso (Andrade, 2009; Imaginário, 2004; Amaral & Vicente, 2001). Relacionam o aumento da idade (50% na faixa etária 85 a 94 anos) com a diminuição de autonomia nas AVD's, afirmando que a idade constitui um dos fatores mais determinantes no declínio funcional. Outro fator que influencia a independência nas AVD's é o gênero, segundo alguns investigadores, o sexo feminino (74,6%) em idades avançadas tem maior probabilidade de desenvolver incapacidades nas AVD's e/ou dependência moderada /grave, o que poderá estar relacionado com uma maior esperança de vida. A escolaridade (52,5%) quando associada a condições econômicas precárias (76,3%) e à dificuldade de acesso à rede de suporte, pode trazer limitações a nível da autonomia das AVD's.

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

### **Diferenciar grau depressão**

A depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde importantíssimo, pois afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Contudo, é nas idades avançadas que ela atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas características, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar. É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, econômicas, sociais e doenças crônicas, não valorizando as suas queixas (Simões, 1996, cit. por Drago & Martins, 2012).

Os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica revelam que 57,6% da amostra global apresenta sintomas de depressão ligeira. Nas três tipologias prevalece também a depressão ligeira na UC (58,8%), na UMDR (53,3%) e ULDM (66,7%). Todavia, é de referir que na UC 29,4% dos idosos em estudo não apresentam qualquer nível de depressão e 30% na UMDR apresentam depressão do tipo grave. Os



dados determinam uma prevalência de 81,3% de sintomas depressivos na amostra estudada.

O que não surpreende, pois são vários os estudos nacionais e internacionais que evidenciam o predomínio da depressão nesta faixa etária.

Santos et al., (2003, cit. por Martins, 2008, p.123) publicaram um estudo, realizado no lar de Monte Burgos, no Porto, a 157 idosos institucionalizados, onde chegaram à conclusão que 20% destes apresentavam um quadro de Depressão Major e 29,5% de Depressão Minor, perfazendo um total de 49,5% no total de idosos com síndrome depressivo.

Também Hier e Blazer, citados por Ballone (2002, cit. por Martins, 2008, p.123), dizem que estudos por eles realizados revelam uma prevalência de 20-27%, para idosos que vivem em comunidade e de 25-80% para idosos institucionalizados.

Analizando estes dados, chegamos mais uma vez à conclusão que a percentagem de idosos com perturbações depressivas é elevada, agravando-se estes valores nos idosos residentes em lares. A influência do local onde se vive sobre a depressão é notória, uma vez que o facto de se encontrar institucionalizado em muito contribui para o aumento da depressão.

Os resultados demonstram assim que a maioria dos idosos da amostra possui quadro depressivo ligeiro. Os aspetos sócio-demográficos como o género, a idade, estado civil, nível de escolaridade, a institucionalização e a presença de doenças podem influenciar a depressão. Também a independência nas atividades de vida diária e a satisfação com a vida influenciam a depressão, contudo de forma negativa.

Assim, relativamente ao género, as mulheres (74,6%) apresentam níveis depressivos mais elevados que os homens, o que está em consonância com os dados nacionais publicitados pela DGS. De facto, a influência do género na depressão tem sido alvo de vários estudos, surgindo algumas diferenças importantes. Em termos de prevalência, esta patologia é mais frequente no género feminino, embora outros fatores possam participar concomitantemente com a influência do género. Reforça esta opinião Sousa (2008, cit. por Drago & Martins, 2012), ao apresentar um estudo efetuado numa Instituição Particular de Solidariedade Social e do qual concluiu que a depressão prevalece essencialmente nos idosos do sexo feminino.

A idade (40,8%), quanto maior for esta, mais depressivos se apresentam os idosos. São vários os estudos que demonstram que a idade, muitas vezes associada a outras





condicionantes como o luto, situação económica, doenças concomitantes, aumenta a depressão nos idosos. Exemplo é o estudo levado a cabo por Santos (2002, cit. por Drago & Martins, 2012), onde se constatou que a depressão é mais frequente em idosos do sexo feminino e, por outro lado, é também mais frequente nos idosos internados e nos mais idosos.

Também Ferreira (2005, cit. por Drago & Martins, 2012), num estudo que englobou 25 idosos, verificou que aqueles que possuíam idades maiores ou iguais a 85 anos apresentavam depressão grave na totalidade.

Quanto ao estado civil (37,3% viúvos), refere Salgueiro (2007, cit. por Drago & Martins, 2012) os eventos stressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes para estados depressivos. É normal o sentimento de tristeza surgir após uma perda.

Relativamente à situação económica, Vaz (2009 cit. por Drago & Martins, 2012), refere que o baixo rendimento (76,3%) tem sido relatado como fator de risco importante para a depressão. Acrescenta ainda que os sintomas desta se associam significativamente a idosos economicamente dependentes.

A existência de doenças influencia o aparecimento de quadros depressivos, dado que os que possuem múltiplas doenças são também aqueles que se encontram mais depressivos.

Quanto o nível de independência nas AVD's os idosos independentes são os que se encontram menos depressivos. Na verdade a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

O grau de satisfação com a vida influencia também a depressão no idoso.

É importante ressaltar que a aplicação da EDG não é suficiente para diagnosticar o quadro depressivo do idoso. Em toda situação de depressão, a abordagem médica deve ser muito cuidadosa, sendo fundamental um detalhado levantamento dos dados pessoais, dos tipos de medicamentos utilizados e dos antecedentes de problemas psicológicos, além de um exame clínico completo associado à indispensável avaliação psiquiátrica e neurológica.

### **Nível de bem-estar**

A OMS define a qualidade de vida como a perceção do indivíduo do seu lugar na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus



objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito muito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e a relação com os elementos essenciais de seu ambiente.

A investigação dos aspetos relativos à qualidade de vida na velhice e das condições que permitem envelhecer com um sentido pessoal de bem-estar, tem interessado, de facto, cada vez mais os investigadores de várias áreas uma vez que pode contribuir para a compreensão das necessidades da população idosa e para a criação de alternativas de intervenção.

O estado psicológico do idoso, ou o ânimo, é um indicador precioso do seu bem-estar. A Escala de Ânimo (Lawton, 1976) é constituída por três sub-escalas: solidão/insatisfação, atitudes face ao próprio envelhecimento e agitação, as quais apresentam um bom poder discriminativo entre diferentes grupos de idosos (Paúl, 1992).

Os resultados obtidos da aplicação da Escala de Lawton revelam que a dimensão solidão / insatisfação obteve a pontuação mais elevada na amostra global ( $M= 2$ ;  $DP= 1,45$ ). Nas tipologias verificou-se que a dimensão solidão / insatisfação obteve a pontuação mais elevada na UC ( $M= 2,53$ ;  $DP= 1,77$ ) e na UMDR ( $M= 1,9$ ;  $DP= 1,29$ ). Na ULDM a dimensão com a pontuação mais elevada foi agitação ( $M= 2,67$ ;  $DP= 0,77$ ). A pontuação mais baixa nas três tipologias foi na dimensão atitudes face ao próprio envelhecimento.

Da análise efetuada à UC e à UMDR mostram que os idosos revelaram uma inadaptação ao meio onde estão inseridos, proporcionada não só pelas características já enunciadas desse meio, mas também por fatores inerentes aos próprios indivíduos inquiridos, que se reflete nos níveis de satisfação de vida, sendo frequentes os sentimentos de solidão/insatisfação e de agitação/ansiedade.

A ULDM mostra que os idosos manifestam comportamentais de ansiedade, talvez por se tratar de uma unidade onde os mesmos permanecem mais tempo (o período de internamento é superior a 90 dias), em que as relações interpessoais são limitadas e a dinâmica parece ser similar à dinâmica de um meio hospitalar.

Os determinantes para este reduzido bem-estar psicológico no estudo, são influenciados pela diminuição da autonomia funcional nas AVD's (a qualidade de vida também varia significativamente com a maior ou menor capacidade dos idosos em realizarem as suas AVD's), a presença de estados depressivos (57,6%), a predominância do sexo feminino (74,6%), assim como uma grande percentagem de viúvos (37,3%) e de



idosos e que vivem sozinhos (54,2% que de uma forma geral, solicitam apoio por questões de solidão), situação económica desfavorável (76,2%) permite que o idoso tenha mais preocupações no acesso a cuidados de saúde, aquisição de bens e serviços e o diagnóstico de doença (a presença de doença contribui para a confirmação das piores expectativas – a morte, a perda de capacidades). (Sequeira & Silva, 2002, p. 511-515)

Paúl et al. (2005) levaram a cabo um estudo denominado “ Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses”, focando-se nas diferenças e no que têm em comum os idosos a residir na comunidade numa zona rural e numa zona urbana. A abordagem qualitativa do comportamento humano “deixa sempre subjacente o conhecimento particular em favor do retrato coletivo geral, que esbate as diferenças tão sublinhadas nos idosos” (p.80). Assim, com uma amostra de 234 indivíduos, em que 117 vive numa zona rural e, 117 numa zona urbana, Paúl et al. (2005) utilizam a Escala de Ânimo Lawton, nomeadamente a sua adaptação para a população portuguesa realizada por Paúl (1992), de forma a acederem ao estado psicológico do idoso.

Análise global dos resultados obtidos leva aos autores a afirmarem que aqueles idosos sentem alguma solidão/insatisfação, têm atitudes negativas face ao envelhecimento e estão agitados /ansiosos.

Os autores estudam a associação da satisfação de vida com outras variáveis e concluem que não há variações significativas com o grupo etário, mas há com o sexo, sendo que as mulheres mostram sentir mais solidão/ insatisfação e maior agitação.

O estado civil dos idosos também surge associado à satisfação de vida, favorecendo os casados nas subescalas de solidão/insatisfação e agitação. A condição rural ou urbana parece relacionar-se apenas com as atitudes face ao envelhecimento mais negativas nos idosos urbanos.

O nível de educação e o rendimento associam-se ao sentimento de solidão/insatisfação que é tanto maior, quanto menor a educação e o rendimento dos idosos.

Finalmente a família não parece estar associada à satisfação com a vida, neste estudo, e os amigos apenas parecem ter uma associação com o nível de agitação/ansiedade. A auto-avaliação da saúde surge associada à satisfação de vida.

Paúl et al. (2005) tomaram cada um dos domínios de satisfação com a vida como variáveis dependentes usando como variáveis independentes outras variáveis do seu estudo, concluindo desta forma que: Os preditores para a solidão/insatisfação, explicando



41% da variância são a percepção da saúde, os amigos, os confidentes e o sexo; no que concerne às atitudes face ao envelhecimento, as variáveis explicando 7% da variância; relativamente à agitação/ansiedade, as variáveis preditoras são a percepção da saúde, o sexo e família, que no conjunto explicam 29% da variância.

Perante os resultados obtidos, os investigadores concluem que, de uma forma geral, a percentagem de variância explicada é baixa, especialmente no que concerne às atitudes face ao envelhecimento. A satisfação de vida pode prever-se a partir da rede de suporte social (os amigos, para a solidão e atitudes face ao envelhecimento; a família, para as atitudes face ao envelhecimento e agitação e; os confidentes, para a solidão). A percepção da saúde e o sexo são preditores da solidão e da agitação; o rendimento associa-se à solidão e às atitudes face ao envelhecimento. A idade, a educação, o estado civil e o nível de autonomia não surgem associados a nenhum dos domínios da satisfação de vida.

Neste mesmo estudo, e associando as subescalas “ da Escala de Satisfação de Vida” (p.89) e o instrumento WHOQOL-BREF, constata-se uma clara associação entre o sentimento de solidão/insatisfação e agitação/ansiedade com a qualidade de vida. As atitudes face ao envelhecimento não se associam tão significativamente com a qualidade de vida e parecem independentes da qualidade de vida social.



## Conclusão

Abordados todos os temas que pensamos melhor servirem ao nosso estudo, procedemos agora a uma análise global de todo o trabalho, de forma a retirarmos as principais conclusões a que chegamos com o seu desenvolvimento.

Com este trabalho pretendeu-se proceder à caracterização da qualidade de vida dos idosos internados em UCCI, tendo em consideração desenho da investigação.

Os resultados do estudo demonstram ao nível dos aspetos sócio-demográficos tratar-se de uma população envelhecida, onde predomina o grupo etário 65 aos 74 anos (40,8%). É uma população maioritariamente feminina com 74,6%. Relativamente ao estado civil, 37,3% são viúvos. A maioria reside só com 54,2%. O nível de escolaridade é baixo com 52,5%. Exerciam profissões com pouca qualificação. Auferem baixos rendimentos (76,3%), vivem apenas de reformas / pensões.

Ao nível da funcionalidade os sujeitos na ULDM precisam de ajuda para alimentar-se (50%), vestir-se (75%), lavar-se (58,3%) e nas eliminações fisiológicas (66, 7%). Na UMDR necessitam de ajuda para vestir-se (60%), lavar-se (60%) e nas eliminações fisiológicas (53,3%). Na UC carecem de ajuda para lavar-se (47,1%) e nas eliminações fisiológicas (41,2%).

Na ULDM não utilizam o telefone (58,3%), precisam de ajuda na toma da medicação (91,7%), viajam com ajuda de alguém (25%), limitados à casa ou ao hospital (25%), na locomoção fora de locais familiares necessitam de ser acompanhados (75%), são incapazes de cuidar das crianças (100%) e encontra-se com os amigos com menos frequência (50%). Na UMDR precisam de ajuda na toma da medicação (60%), viajam com ajuda de alguém (40%), na locomoção fora de locais familiares necessitam de ser acompanhados (43,3%). Na UC precisam de ajuda na toma da medicação (41,2%), limitados à casa ou ao hospital (52,9%) e na locomoção fora de locais familiares necessitam de ser acompanhados (35,3%).

Nas três tipologias que a maioria dos inquiridos não trabalha, não participa em atividades recreativas, não comparece a encontros, não faz compras, não gere o dinheiro nem as finanças, não usa transportes públicos, não conduz e só sai acompanhado.



Apresentam uma conversação normal e compreendem tudo o que lhe é dito, não leem e não escrevem. Têm relações normais com os familiares e crianças. A maioria aceita visitas mas não procura companhia.

A ULDM apresenta níveis de dependência elevados nas AVD's e AIVD's, devido ao facto dos utentes internados enfrentam doenças crónicas altamente incapacitantes, tendo impacto na capacidade de manterem uma vida autónoma.

A maioria dos idosos que fazem parte da amostra do estudo encontram-se em estados depressivos do tipo ligeiro (57,6%).

Já no que diz respeito ao nível de ânimo, verificou-se que a dimensão solidão / insatisfação obteve a pontuação mais elevada na amostra global ( $M= 2$ ;  $DP= 1,45$ ). Nas tipologias a dimensão solidão / insatisfação obteve a pontuação mais elevada na UC ( $M= 2,53$ ;  $DP= 1,77$ ) e na UMDR ( $M= 1,9$ ;  $DP= 1,29$ ). Na ULDM a dimensão com a pontuação mais elevada foi agitação ( $M= 2,67$ ;  $DP= 0,77$ ). Relativamente às subescalas de ânimo, verifica-se uma clara associação entre sentimentos de solidão/insatisfação e agitação/ansiedade com a qualidade de vida.

Este Estudo permite-nos concluir que os idosos internados na UCCI pertencem na maioria ao grupo etário 65 aos 74 anos, predomina o sexo feminino, apresentam dependência funcional, sobretudo na tipologia de LDM, maioria depara-se quadro depressivo do tipo ligeiro e demonstram reduzido bem-estar psicológico.

É importante ressaltar que as UCCI desempenham um papel de promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos. São unidades com grande potencial para responder às necessidades dos idosos, população crescente, e que devem ser valorizadas pois, apesar da sua recente existência, exercem um excelente trabalho que deverá ser continuado.

Apesar de o estudo assegurar o máximo rigor metodológico, é necessário refletir sobre eventuais limitações. Relativamente à amostra, os resultados não são generalizáveis, pois a amostra não é representativa, devido ao número de participantes em cada tipologia.

Em próximos estudos, estas limitações devem ser colmatadas e ainda consideradas as propostas seguintes. Sugere-se a realização de estudos sobre a mesma temática em mais Unidades da RNCCI. Ainda neste contexto, poderá ser interessante efetuar um estudo comparativo entre Unidades das cinco regiões (Norte, Centro, Lisboa e Vale do tejo, Alentejo e Algarve).



## **Bibliografia:**

Alves (2007). *A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil*. Belo Horizonte Brasil: Fundação Oswaldo Cruz.

Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Universidade do Minho.

Amaral, M. F. & Vicente, M. O. (2001). *Grau de dependência nos idosos*. Lisboa: Nursing.

Birren, J.E. & Schroots, J.J.F.(1996). *History, concepts and theory in the psychology of aging*. San Diego: Academic Press.

Benítez del Rosario, M. A. (1999). *Atención de salud en el paciente anciano*. Madrid: Harcourt Brace.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J., Sacadura M.J. (2012). *O Envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Universidade Católica Portuguesa.

Censos (2011). *Resultados Provisórios-2011*. Lisboa. INE.

Coimbra & Brito (1999). *Qualidade de Vida do Idoso*. Referência, 3, 29-35.

Direção Geral da Saúde (2004). *Circular Normativa nº13 - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde (2010). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008 / Direcção-Geral da Saúde*: Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.



Drago, S. & Martins, R. (2012, Junho). *A Depressão no Idoso*. Millenium, 43, pp.79-94.

Devons, C. (2002). *Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years*. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.

Ermida, J. G., Costa, M., Agreda, J., Cordeiro, M., Almeida, M., Cabete, D. et al. (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade: políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta.

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandez-Ballesteros, R. (1993). *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Guimarães, A. C. A., Mazo, G. Z., Simas, J. P. N., Salin, M. S., Salin, M. S., Schwertner, D. S., Soares, A. (2006). *Idosos participantes de actividade física: tendência a estado depressivo e capacidade funcional*. Buenos Aires: Revista Digital.

Head, B. J., Maas, M., Jonhson, M. (2003). *Validity and community-health nursing sensivity of six outcomes for community health nursing with older clients*. Public Health Nursing.

Hanninen, T., Koivisto, K., Reinikainen, K., J., Helkala, E., Soininen, H., Mykkanen, I., Iakso, M., Riekkinen, P.J. (1996). *Prevalence of Ageing-associated Cognitive Decline in an Elderly Population*.

INE (2010). *Indicadores Sociais 2010*. Lisboa. INE.

INE (2012). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa. INE.





Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, I., Vieira, C., et al (2010). *Cuidados continuados integrados em Portugal – Analisando o presente, perspectivando o futuro*. Análise especializada, no âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

MTSS (2009). *Rede de Serviços e Equipamentos 2009*. Lisboa: Ministério Trabalho e Segurança Social.

MTSS (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Ministério Trabalho e Segurança Social.

Mailloux-Poirier, D. (1995). *As Teorias do Envelhecimento*. Lisboa: Lusodidacta.

Martins, R. M. (2008). *A depressão no idoso*. Millenium, 34, 119-123.

Netto, M. & Borgonovi, N. (2002). *Biologia e Teorias do Envelhecimento*. São Paulo: Atheneu.

Netto, M.P. (2002). *História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nogueira, J. M. A. (2009). *Cuidados continuados: Desafios*. Lisboa. *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde.

Osório, A. R., (2007). *As Pessoas Idosas*: Lisboa: Instituto Piaget.

Observatório Português do Sistema de Saúde (2011). *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: Relatório de primavera 2011*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.



- Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São Paulo.
- Paschoal, S. (2007). *Autonomia e Independência. Tratado de gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Paschoal, S. (1999). *Autonomia e independência, In M. P. Neto, Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Atheneu.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C. (1992). *Satisfação de vida em idosos*. Psychologica.
- Pasqualotti, A., Barone, D., Doll, J. (2008). *Avaliando as perdas comunicativas nas relações sociais de um grupo de idosos com traços depressivos*. Jornadas Latino-Americanas de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias. Rio de Janeiro.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Ribeiro O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, P. & Pereira A.M. (2007). *A Reforma das Pensões em Portugal: Uma Análise de Equilíbrio Geral Dinâmico*. Lisboa: Fundação Luso – Americano.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sales, A. & Cordeiro, N. (2012). *Envelhecer saudável e ativo*. Lisboa: Lidel.



Soares, M.C. & Fialho, J.A. (2011). *Novos Empregos e Competências nos Domínios da Saúde e Serviços Sociais no Contexto do Envelhecimento Demográfico – Relatório Final*. POAT/FSE.

Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

Sequeira, A., Silva, M. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio Rural Análise Psicológica*. Lisboa.

UMCCI (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.

UMCCI (2009). *Políticas e estratégias da qualidade*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.

UMCCI (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para Melhoria Contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.

UMCCI (2011). *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2010*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.

UMCCI (2012). *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2011*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde.



Whal, H.W. (1991). *Dependence in the elderly from an international point of view: verbal and observational data*. Psychology and Aging.

Zimmerman, G.I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

#### Legislação:

Decreto-Lei nº 187/07 de 10 de Maio, (Pensão Invalidez)

Decreto-Lei nº 187/07 de 10 de Maio, (Pensão de Velhice)

Decreto-Lei nº 265/99 de 14 de Julho e o Decreto-Lei nº 309-A/2000 de 30 de Novembro), (Complemento por Dependência)

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados)

Decreto-Lei nº 412/93 de 20 de Julho de 1994, (Programa de Apoio Integrado a Idosos)

Decreto-Lei nº 56/2006 de Março de 2006, (Altera a Forma de Distribuição dos Resultados Líquidos dos Jogos Sociais Explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)

Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março, (Lares de Idosos Lucrativos)

Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de Maio, (Residências)

Despacho Normativo nº 12/1998 de 25 de Fevereiro, (Lares de Idosos)



## **Anexos**

### **Anexo I**

Questionário sócio – demográfico.

### **Anexo II**

Escala de atividades de vida diária de Lawton e Brody.

### **Anexo III**

Escala depressão Geriátrica.

### **Anexo IV**

Escala de ânimo de Lawton.

### **Anexo V**

Pedido de autorização para a colheita de dados.



## Anexo I

### Questionário Sócio -Demográfico

**Sexo:**

Masculino ☐

Feminino ☐

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Solteiro(a) ☐

Casado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

Separado(a)/divorciado(a) ☐

União de facto ☐

**Nível de escolaridade:**

Não frequentou ensino formal ☐

1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano) ☐

2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano) ☐

3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano) ☐

Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial) ☐

Ensino Superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento) ☐

**Principal profissão desenvolvida durante a vida ativa:** \_\_\_\_\_

**Reforma / pensão:**

Até 200€ ☐

De 201€ a 500€ ☐

De 501€ a 1000€ ☐

De 1001€ a 1500€ ☐

Mais de 1501€ ☐

**Com quem vive:**

Sozinho ☐

Em casal ☐

Em instituição ☐

Com família alargada ☐

Quanto elementos no agregado familiar? \_\_\_\_\_

**Área geográfica de residência:**

Distrito: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_



## Anexo II

### Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

#### CUIDADOS PESSOAIS

##### Alimentação

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento
- 2 = Necessita de ajuda para cortar ou servir
- 3 = Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições

##### Vestir-se

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento(a)
- 2 = Sequências errada, esquece itens
- 3 = Necessita de ajuda para vestir-se

##### Banho

- 0 = Normal
- 1 = Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a)
- 2 = Toma banho sozinho(a) com assistência
- 3 = Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros

##### Eliminações fisiológicas

- 0 = Vai à casa de banho sozinho(a)
- 1 = Vai à casa de banho quando lembrado(a); pequenos problemas
- 2 = Precisa de ajuda para a actividade
- 3 = Não tem controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical

##### Medicação

- 0 = Toma sem ajuda
- 1 = Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial
- 2 = Necessita de lembretes escritos ou falados
- 3 = Necessita que outros lhe dêem a medicação

##### Interesse na aparência pessoal

- 0 = O mesmo de sempre
- 1 = Interessa-se quando vai sair, mas não em casa
- 2 = Preocupa-se apenas quando solicitado
- 3 = É necessário ser vestido(a) por terceiros

#### CUIDADOS DOMÉSTICOS

##### Preparação da alimentação, cozinhar

- 0 = Planeia e prepara a refeição sem dificuldades
- 1 = Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade
- 2 = Prepara a refeição com ajuda (ingredientes previamente seleccionados)
- 3 = Incapaz de preparar a comida



**Arrumação da mesa**

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento(a)
- 2 = Esquece-se de itens ou coloca-os em local errado
- 3 = Não realiza esta actividade

**Trabalhos domésticos**

- 0 = Mantém a casa como de costume
- 1 = Faz apenas metade do seu trabalho
- 2 = Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços
- 3 = Não cuida da casa

**Tarefas domésticas**

- 0 = Realiza todos os arranjos habituais
- 1 = Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais
- 2 = Ocasionalmente faz pequenos arranjos
- 3 = Não faz nenhum trabalho

**Lavar roupas**

- 0 = Lava-as como de costume (rotina)
- 1 = Lava com menor frequência
- 2 = Lava apenas quando lembrado
- 3 = Não lava as roupas

**TRABALHO, RECREAÇÃO/LAZER**

**Trabalho**

- 0 = Trabalha normalmente
- 1 = Problemas leves com responsabilidades de rotina
- 2 = Trabalha em actividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto
- 3 = Não trabalha

**Recreação**

- 0 = A habitual
- 1 = Actividade menos frequente
- 2 = Perdeu certas habilidades necessárias para actividades recreativas
- 3 = Não participa em actividades recreativas

**Organizações**

- 0 = Comparece a encontros
- 1 = Comparece menos frequentemente
- 2 = Comparece ocasionalmente
- 3 = Não comparece a encontros

**Viagens**

- 0 = O habitual
- 1 = Viaja com a ajuda de alguém
- 2 = Viaja com ajuda de cadeira de rodas
- 3 = Limitado(a) à casa ou ao hospital





## **COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO**

### **Compras**

- 0 = Normal
- 1 = Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários
- 2 = Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras
- 3 = Não faz as compras

### **Gestão do dinheiro**

- 0 = Normal
- 1 = Tem dificuldade em pagar valores exactos, contar o dinheiro
- 2 = Perde ou coloca o dinheiro em local errado
- 3 = Não gere o dinheiro

### **Administração das finanças**

- 0 = Pagamento de contas e serviços bancários normais
- 1 = Paga contas atrasadas, dificuldades em preencher cheques
- 2 = Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita de ajuda de terceiros
- 3 = Não gere as finanças

## **LOCOMOÇÃO**

### **Transporte público**

- 0 = Utiliza transporte público normalmente
- 1 = Utiliza transporte público menos frequentemente
- 2 = Perde-se quando utiliza transporte público
- 3 = Não usa transporte público

### **Condução de veículos**

- 0 = Conduz normalmente
- 1 = Conduz com cuidado
- 2 = Dificuldade em conduzir; perde-se enquanto conduz
- 3 = Não conduz

### **Mobilidade pela sua vizinhança**

- 0 = Normal
- 1 = Sai de casa menos frequentemente
- 2 = Perde-se nas proximidades da casa
- 3 = Só sai acompanhado(a)

### **Locomoção fora de locais familiares**

- 0 = Normal
- 1 = Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos
- 2 = Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)
- 3 = Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)

## **COMUNICAÇÃO**

### **Uso do telefone**

- 0 = Normal
- 1 = Telefona apenas para alguns números familiares
- 2 = Apenas atende ao telefone
- 3 = Não usa o telefone



**Conversas**

- 0 = Normal
- 1 = Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras
- 2 = Comete erros ocasionais de linguagem
- 3 = A fala é quase ininteligível

**Compreensão**

- 0 = Compreende tudo o que lhe é dito
- 1 = Solicita repetição para compreender
- 2 = Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas
- 3 = Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo

**Leitura**

- 0 = Normal
- 1 = Lê com menor frequência
- 2 = Não tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu
- 3 = Não lê

**Escrita**

- 0 = Normal
- 1 = Escreve com menor frequência, dá erros ocasionais
- 2 = Apenas assina o nome
- 3 = Não escreve

**RELAÇÕES SOCIAIS**

**Relações familiares**

- 0 = Normais
- 1 = Pequenos problemas
- 2 = Sérios problemas
- 3 = Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos

**Relações familiares (crianças)**

- 0 = Normais
- 1 = Facilmente irritável, punições intempestivas
- 2 = Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos
- 3 = Incapaz de cuidar das crianças

**Amigos**

- 0 = Encontra os amigos com a mesma frequência
- 1 = Encontra os amigos com menor frequência
- 2 = Aceita visitas, mas não procura companhia
- 3 = Recusa a vida social; insulta os visitantes



### Anexo III

#### Escala Depressão Geriátrica

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

	SIM	NÃO
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?		
2. Colocou de lado muitas das suas actividades e interesses?		
3. Sente a sua vida vazia?		
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?		
5. Tem esperança no futuro?		
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?		
7. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?		
8. Tem medo que lhe vá acontecer algo de mau?		
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
10. Sente-se muitas vezes sem auxílio/desamparado(a)?		
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?		
12. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?		
14. Pensa que tem mais problemas de memória do que os outros?		
15. Pensa que é bom estar vivo(a)?		
16. Sente-se muitas vezes animado(a) e abatido(a)?		
17. Sente-se inútil?		
18. Preocupa-se muito com o passado?		
19. Considera a vida interessante?		
20. É difícil começar novas actividades?		
21. Sente-se cheio(a) de energia?		
22. Sente que a situação é desesperada?		
23. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?		
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?		
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?		
26. Tem dificuldades em se concentrar?		
27. Gosta de se levantar pela manhã?		
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?		
29. Tem facilidade em tomar decisões?		
30. O seu pensamento é tão claro como era antes?		

**Anexo IV****Escala de Ânimo de Lawton**

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano		
2. Às vezes estou tão preocupado(a) que não consigo dormir		
3. Tenho muitos motivos para estar triste		
4. Tenho medo de muitas coisas		
5. A vida é custosa para mim a maior parte do tempo		
6. Levo as coisas muito a sério		
7. Preocupo-me com facilidade		
8. As coisas pioram conforme envelheço		
9. Tenho tanta energia com no passado		
10. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis		
11. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava		
12. Estou tão feliz como quando era novo(a)		
13. Sinto-me muito só		
14. Estou vezes suficientes com a família e os amigos		



## Anexo V

### Pedido de autorização para a colheita de dados.

Exma. Sra. Directora da  
L Nostrum SA  
Eng.ª Cristina Mendonça

Autorizado  
CJ  
12/06/12

Assunto: Pedido de autorização para a colheita de dados

Eu, Célia Maria da Silva Gil, assistente social a exercer funções na L Nostrum SA e a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior Bissaya Barreto, estando presentemente em fase de elaboração de Dissertação subordinada ao tema “Qualidade de Vida em Equipamentos Gerontológicos”.

Esta Dissertação tem como objectivo, proceder a uma avaliação multidimensional da população idosa.

Desta forma venho por este meio solicitar a Vª Exª autorização para a realização da colheita de dados, juntos dos utentes internados nas tipologias de Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, através da aplicação das seguintes escalas: Escala Depressão Geriátrica, Escala de Ânimo de Lawton e Índice de Lawton e Brody.

Atenciosamente,

Encarnação, 12 de Junho de 2012

Pede deferimento,

(Célia Gil)